



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ**
UNIVERSITY OF PATRAS

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ
ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ
ΑΣΘΕΝΩΝ**

ΑΝΥΦΑΝΤΗ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ ΙΩΑΝΝΑ

ΠΑΠΠΑ ΜΑΡΙΑ-ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Δρ. ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΑ

ΠΑΤΡΑ-2021

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο καρκίνος του Μαστού είναι η δεύτερη πιο συχνά εμφανιζόμενη μορφή καρκίνου στις γυναίκες με περισσότερο από 1,5 εκατομμύριο διαγνωσμένα περιστατικά ετησίως. Η κατανόηση όλων των πτυχών του καρκίνου του μαστού μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερες θεραπευτικές προσεγγίσεις και αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των ασθενών με νεοπλάσματα στον μαστό.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού όσο και η σπουδαιότητα του ρόλου του νοσηλευτή στην προαγωγή αυτής και της υγείας του ασθενούς.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση στην υπάρχουσα παγκόσμια βιβλιογραφία, σε επιστημονικά συγγράμματα και στις εγκεκριμένες επιστημονικές βάσεις δεδομένων όπως το PubMed, Google Scholar, ScienceDirect, Wiley Library. Τα κριτήρια επιλογής των κειμένων που χρησιμοποιήθηκαν έγινε με βάση συγκεκριμένων προϋποθέσεων όπως η γλώσσα που θα μπορούσε να είναι αγγλική ή ελληνική, καθώς και το περιεχόμενο αυτών να είναι σύμφωνο με τον σκοπό της εργασίας. Η αναζήτηση έγινε με την χρήση λέξεων κλειδιών.

Αποτελέσματα: Ο καρκίνος του μαστού έχει αρνητικό αντίκτυπό στην ποιότητα ζωής. Επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής καθώς η ασθενής μπορεί να βιώνει πόνο ακόμη και μετά την αποκατάσταση, αλλάζει καθοριστικά την εικόνα σώματος της και προκαλεί έντονες ψυχολογικές μεταπτώσεις. Οι νοσηλευτικοί ρόλοι στον καρκίνο του μαστού ακολουθούν και αυτοί εξίσου όλη την πορεία της νόσου με αποτέλεσμα η θέση του νοσηλευτή να αποτελεί καθοριστικό στοιχείο στην κάλυψη των αναγκών της ασθενή με απώτερο σκοπό την προαγωγή της υγείας της.

Συμπεράσματα: Η ποιότητα ζωής των ασθενών επηρεάζεται καταλυτικά καθώς ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μια από τις δυσχερέστερες ασθένειες που προσβάλουν τις γυναίκες. Προκειμένου να επιτευχθεί η βελτίωση της ο νοσηλευτής οφείλει να έχει όλες τις απαραίτητες γνώσεις για να φροντίζει, να υποστηρίζει άλλα και να εκπαιδεύει την ασθενή και

το κοντινό οικογενειακό της περιβάλλον ως προς την διαχείριση και αντιμετώπιση της νόσου αντιμετώπιση της νόσου.

Λέξεις κλειδιά: καρκίνος του μαστού, ποιότητα ζωής, ρόλος νοσηλεύτη, θεραπεία, εικόνα σώματος, αποκατάσταση

ABSTRACT

Introduction: Breast Cancer is the second most common form of cancer diagnosed in women, with more than 1.5 million new cases every year. Understanding all the aspects of breast cancer can lead to better treatment methods and help improve patient's quality of life.

Aim: The purpose of this thesis is to study breast cancer patient's quality of life as well as the nurse's role in promoting the patient's overall health.

Methods: The literature used in this study was found via approved scientific databases such as PubMed, Google Scholar, ScienceDirect, and Wiley Library and included international articles as well as scientific books with the use of specific keywords. Studies included in the literature review were written in English and Greek and their content was in line with the purpose of our thesis.

Results: Breast Cancer has a negative impact on the patients' quality of life. This is due to the fact that the patient may experience pain even after the rehabilitation period or they may face drastic changes to their body and/or body image which leads to intense psychological implications. When dealing with breast cancer the nurse has a vital role in meeting the patients' needs aiming to promote the patients' overall health and wellbeing.

Conclusion: Breast cancer patients can face a negative quality of life since breast cancer is one of the most difficult diseases to overcome. Nurses must obtain the necessary education and knowledge to care, support and educate the patients and their families in order to improve the patient's quality of life.

Keywords: breast cancer, quality of life, nurse's role, treatment, body image, rehabilitation.

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
ABSTRACT.....	4
Περιεχόμενα	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	8
1.1. Ανατομία του μαστού	8
1.2. Μύες μαστού	9
1.3. Λεμφική αποστράγγιση	10
1.4. Φυσιολογία του μαστού	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	13
2.1. Ορισμός του Καρκίνου	13
2.2. Καρκίνος του Μαστού	13
2.3. Κλινική εικόνα του καρκίνου του μαστού	14
2.4. Αίτια του καρκίνου του μαστού.....	16
2.4.1. Ηλικία.....	16
2.4.2. Ηλικία εμμηνόρροιας και εμμηνόπαυσης	17
2.4.3. Εγκυμοσύνη και θηλασμός	17
2.4.4. Παθήσεις του μαστού	18
2.4.5. Δημογραφικοί παράγοντες.....	18
2.4.6. Οικογενειακό ιστορικό.....	18
2.4.7. Κατάθλιψη	21
2.5. Στάδια του καρκίνου του μαστού.....	21
2.5.1. Στάδιο 0.....	21
2.5.2. Στάδιο I.....	21
2.5.3. Στάδιο II.....	22
2.5.4. Στάδιο III.....	22
2.5.5. Στάδιο IV	22
2.6. Τύποι Καρκίνου του Μαστού.....	23
2.6.1. Φλεγμονώδης Καρκίνος του Μαστού	23
2.6.2. Νόσος του Paget της θηλής	24
2.6.3. Τριπλά Αρνητικός Καρκίνος του Μαστού	24
2.7. Διαφορική Διάγνωση	24
2.8. Διάγνωση Καρκίνου του Μαστού	25
2.8.1. Αυτοεξέταση μαστού	26
2.8.2. Λήψη Ιστορικού και Φυσική Εξέταση.....	27

2.8.3. Μαστογραφία	28
2.8.4. Ψηφιακή Μαστογραφία	28
2.8.5. Μαγνητική Τομογραφία Μαστού	28
2.8.6. Υπερηχογράφημα Μαστού	29
2.8.7. Καρκινικοί Δείκτες	29
2.8.8. Βιοψία Μαστού	30
2.9. Θεραπεία του καρκίνου του μαστού	30
2.9.1. Χειρουργική επέμβαση	30
2.9.2. Χημειοθεραπεία	31
2.9.3. Ακτινοθεραπεία	33
2.9.4. Ορμονοθεραπεία	34
2.9.5. Ανοσοθεραπεία	34
2.10. Αποκατάσταση του μαστού	35
2.10.1. Αποκατάσταση με επιθέματα	35
2.10.2. Αποκατάσταση με κρημονούς	36
2.10.3. Αποκατάσταση Θηλής	36
2.10.4. Χρόνος αποκατάστασης	37
2.11. Λεμφοίδημα	38
2.12. Οστεοπόρωση	40
2.13. Μετάσταση	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο	43
3.1. Ποιότητα ζωής	43
3.2. Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία	43
3.3. Η ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο του μαστού	44
3.4. Ποιότητα ζωής με λεμφοίδημα	46
3.5. Ψυχολογικές διαταραχές και ποιότητα ζωής	48
3.5.1. Αυτοεικόνα	48
3.5.2. Εικόνα Σώματος	48
3.5.3. Αλωπεκία	50
3.5.4. Κατάθλιψη και άγχος	52
3.6. Διαταραχές και ποιότητα ζωής	55
3.6.1. Πόνος	55
3.6.2. Κόπωση	56
3.6.3. Διαταραχές ύπνου	57
3.6.4. Σεξουαλική λειτουργία	59
3.6.5. Δυαδική προσαρμογή	61

3.6.6. Ποιότητα ζωής και διαίτα	61
3.7. Κοινωνική αποκατάσταση	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο	65
4.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή	65
4.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την μαστεκτομή και στην ποιότητα ζωής.....	67
4.2.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή προεγχειρητικά της μαστεκτομής	67
4.2.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στο περιεγχειρητικό περιβάλλον	68
4.2.3. Ο ρόλος του νοσηλευτή μετεγχειρητικά της μαστεκτομής	69
4.3. Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την διενέργεια των θεραπειών και ποιότητα ζωής.....	70
4.3.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην Χημειοθεραπεία.....	70
4.3.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ακτινοθεραπεία	71
4.4. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχολογική υποστήριξη και ποιότητα ζωής	72
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο	76
5.1. Περιστατικό 1 ^ο	76
5.2. Περιστατικό 2 ^ο	81
Συμπεράσματα.....	85
Βιβλιογραφία	86

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1. Ανατομία του μαστού

Η περιοχή του μαστού εντοπίζεται εξωτερικά του θωρακικού τοιχώματος και συγκρατεί το πάνω άκρο στον κορμό. Η περιοχή επιφανειακά αποτελείται από το δέρμα, την σωματική περιτονία και τους μαστούς, ενώ στο εσωτερικό εμφανίζονται οι μυς και τα μορφώματα. Τα νεύρα, τα αγγεία και τα λεμφαγγεία ξεπροβάλλουν από το θωρακικό τοίχωμα, τη μασχάλη και το λαιμό (Drake et al., 2006).

Ο μαστός είναι ένα υποδόριο όργανο που εκτείνεται φυσιολογικά εμπρός και οπίσθια ανάμεσα στο δεύτερο και έκτο πλευρό και μεσοπλευρικά μεταξύ του στέρνου και της πρόσθιας μασχαλιαίας γραμμής. Καλύπτεται από το δέρμα και τον υποδόριο ιστό στην πρόσθια πλευρά, ενώ βρίσκεται κυρίως στην επιπολή περιτονία πάνω από τους μυς του στήθους (Vidya, & Iqbal, 2017).

Τα λεμφαγγεία στο εσωτερικό μέρος του μαστού μαζί με τις αρτηρίες καταλήγουν στους παραστερνικούς λεμφαδένες στην εσωτερική πτυχή του θωρακικού τοιχώματος και είτε εμφανίζονται από τη μασχαλιαία γραμμή είτε καταλήγουν σε αυτή σε ότι αφορά τα αιμοφόρα και τα λεμφοφόρα αγγεία στο εξωτερικό τμήμα του μαστού ή μεταφέρουν πληροφορίες για την αισθητικότητα από το δέρμα του μαστού σε ότι αφορά τους εξωτερικούς και τους πρόσθιους κλάδους από το τέταρτο μέχρι το έκτο μεσοπλεύριο νεύρο (Drake et al., 2006).

Γενικά, ο μαστός αποτελείται από 15-20 λοβούς και ο καθένας χωρίζεται σε λόβια. Ο παρεμβαίνων συνδετικός ιστός, γνωστός ως Cooper's σύνδεσμος, παρέχει ανασταλτική υποστήριξη. Η ουρά του Spence είναι γενικά ένα τριγωνικό τμήμα του ιστού του μαστού που εκτείνεται υπερπολωτερικά στην αξίλα όπου εισέρχεται στη αξονική περιτονία, τερματίζοντας τελικά στην περιοχή των αμαξοειδών λεμφικών αγγείων και νεύρων. Η θηλή βρίσκεται συνηθέστερα στην άκρη του μαστού ως μια κυκλική και χρωματισμένη περιοχή διαμέτρου 2 έως 6 εκατοστών. Ο τόνος ποικίλλει από ανοιχτό ροζ έως σκούρο καφέ ανάλογα με διάφορους παράγοντες όπως αυτοί της ηλικίας, της ισοτιμίας και της γενικής χρώσης του δέρματος. Το δέρμα της θηλής που περιβάλλει τη θηλή περιέχει τους σημηματογόνους αδένες του Montgomery, οι οποίοι υπερτροφούν στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και λιπαίνουν τη θηλή κατά τη διάρκεια του θηλασμού (Rubacha, 2016).

Επιπλέον, ο μαστός τροφοδοτείται αρτηριακά μέσω πολλών οδών. Στα πλάγια τροφοδοτείται από τη μασχαλιαία αρτηρία, την άνω θωρακική, την ακρωμιοθωρακική, την

έξω θωρακική και την υποπλάτια. Προς το εσωτερικό από τους κλάδους της έσω θωρακικής αρτηρίας. Οι μεσοπλεύριες αρτηρίες από τη δεύτερη έως την τέταρτη τροφοδοτούνται μέσω των κλάδων που διαπερνούν το θωρακικό τοίχωμα και τους υπερκείμενους μυς. Οι φλέβες που αποχετεύουν ακολουθούν τις ανάλογες αρτηρίες και καταλήγουν στην μασχαλιαία, την έσω θωρακική καθώς και τις μεσοπλεύριες φλέβες. Ο μαστός νευρώνεται από πρόσθιους και πλάγιους υποδόριους κλάδους από τα δεύτερα έως τα έκτα μεσοπλεύρια νεύρα, ενώ η νευρώση της θηλής προέρχεται από το τέταρτο μεσοπλεύριο νεύρο (Drake et al., 2006).

Η λεμφική αποχέτευση του μαστού γίνεται κυρίως με λεμφαγγεία στους μασχαλιαίους αδένες, ακολουθεί η αποχέτευση στους παραστερνικούς λεμφαδένες ενώ ένα σκέλος της αποχέτευσης γίνεται με λεμφαγγεία που συνοδεύουν τους πλάγιους κλάδους των οπίσθιων μεσοπλεύριων αρτηριών και συνδέονται με μεσοπλεύριους λεμφαδένες που βρίσκονται στις κεφαλές και τους αυχένες των πλευρών. Η μαστική περιοχή αποτελείται από τρεις μύες, τον μείζονα θωρακικό, τον ελάσσονα και τον υποκλείδιο οι οποίοι εκφύονται από το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα και καταφύονται σε οστά του άνω άκρου. Γενικότερα το πρόσθιο τοίχωμα της μασχάλης σχηματίζεται από τους μύες της μαστικής περιοχής η οποία εντοπίζεται από το άνω άκρο μέχρι το λαιμό (Drake et al., 2006).

Τέλος, τα λεμφαγγεία του άνω άκρου είναι φανερό ότι εκβάλλουν στους λεμφαδένες της μασχάλης οι οποίοι και δέχονται κατά μεγάλο ποσοστό τη λέμφο του μαστικού αδένα καθώς η λεμφική αποχέτευση του έξω τμήματος του μαστού περνά από λεμφαδένες της μασχάλης. Εξάλλου και η προέκταση του μαστικού αδένα αρκετές φορές εισχωρεί στη μασχάλη διαπερνώντας την εν τω βάθει περιτονία φτάνοντας μέχρι και την κορυφή αυτής. Γι' αυτό και κατά την εξέταση του μαστού στην περίπτωση κάποιας πάθησης ο ιατρός οφείλει να εξετάζει και το ανώτερο τμήμα του έξω μαστού αφού όπως αναφέρθηκε η μασχαλιαία ουρά μπορεί να εκτείνεται μέχρι την κορυφή της μασχάλης (Drake et al., 2006).

1.2. Μύες μαστού

Η περιοχή του μαστού αποτελείται από τρεις μύες, τον μείζονα θωρακικό, τον ελάσσονα θωρακικό και τον υποκλείδιο. Οι μύες σχηματίζουν το πρόσθιο τοίχωμα της μασχάλης, μεταξύ του άνω άκρου και του λαιμού και καταλήγουν στα οστά του άνω άκρου. Ο μείζων θωρακικός μυς, παρουσιάζεται απευθείας κάτω από το μαστό και θεωρείται ως ο μεγαλύτερος μυς. Η έκφυσή του είναι πλατεία και περιλαμβάνει τις μπροστινές επιφάνειες του στέρνου, της κλείδας και των πλευρικών χόνδρων. Ο υποκλείδιος και ο ελάσσων θωρακικός μυς εμφανίζονται κάτω από τον μείζονα. Ο υποκλείδιος κατευθύνεται προς τα πλάγια και έχει

μικρό μήκος, ενώ ο ελάσσων κατευθύνεται από τις πρόσθιες επιφάνειες τριών πλευρών στην κορακοειδή απόφυση της ωμοπλάτης. Τέλος ο μείζων θωρακικός μυς χωρίζεται από το μαστό με την εν τω βάθει σωματική περιτονία και το συνδετικό ιστό του οπισθομαστικού διαστήματος, ενώ οι άλλοι δύο περιβάλλονται από τη θωρακοκλειδική περιτονία (Drake et al., 2006).

1.3. Λεμφική αποστράγγιση

Η λεμφική αποστράγγιση του μαστού είναι διάχυτη και ποικίλει. Λειτουργεί μέσω δύο ομάδων λεμφικών αγγείων, τα οποία είναι το επιφανειακό που χωρίζεται σε υποεπιθηλιακό ή υποδερμικό και το βαθύ. Από τα βαθιά λεμφικά, η λέμφη ρέει προς τον μασχάλιαίο και εσωτερικούς θωρακικούς κόμβους. Υπάρχουν 20-30 λεμφαδένες στη μασχάλη, που χωρίζονται σε πέντε ανατομικές ομάδες. Οι κορυφαίοι κόμβοι ενώνονται στον υποκλείδιο κορμό, στην αριστερή πλευρά αυτός ο κορμός φαίνεται να αποστραγγίζεται απευθείας στον θωρακικό αγωγό, ενώ στη δεξιά πλευρά μπορεί να φτάνει απευθείας στη διασταύρωση της σφαγίτιδας και της υποκλείδιας φλέβας ή σε έναν κοινό δεξιό λεμφικό πόρο. Επίσης, οι λεμφαδένες εντός της μασχάλης χωρίζονται σε τρία επίπεδα με βάση τη θέση των κόμβων σε σχέση με τον θωρακικό μυ. Οι κόμβοι επιπέδου I βρίσκονται κατώτερα ή πλευρικά στο κατώτερο όριο του θωρακικού μυός και περιλαμβάνουν την εξωτερική μαστική, τη μασχάλιαία φλέβα και τους λεμφαδένες της ωμοπλάτης. Οι κόμβοι επιπέδου II βρίσκονται βαθιά ή πίσω από τον θωρακικό και περιλαμβάνουν την κεντρική ομάδα λεμφαδένων και τους υποκλείδιους κόμβους. Τέλος, οι κόμβοι επιπέδου III βρίσκονται πάνω από το άνω όριο του θωρακικού μυός και περιλαμβάνουν τους υποκλείδιους και τους κορυφαίους λεμφαδένες (Bistoni & Farhadi, 2015).

1.4. Φυσιολογία του μαστού

Στα ενήλικα άτομα η ανάπτυξη των μαστών σχετίζεται άμεσα με τα οιστρογόνα, ορμόνες του θηλυκού φύλου, οι οποίες ανήκουν στην κατηγορία των στεροειδών και παράγονται από τις ωοθήκες όπως και η προγεστερόνη. Οι μαστοί αποτελούνται από πολλούς μαζικούς αδένες, κάθε ένας από τους οποίους περιέχει λοβιακούς πόρους οι οποίοι επενδύονται από εκκριτικό επιθήλιο και είναι γνωστοί και ως κυψελίδες. Μικρότεροι πόροι συγκλείνουν σχηματίζοντας μεγαλύτερους και με τον τρόπο αυτό καταλήγουν τελικά στην θηλή. Οι αδενικοί αυτοί σχηματισμοί περιβάλλονται από λιπώδη ιστό (Costanzo, 2010).

Πριν το στάδιο της εφηβείας οι μαστοί έχουν ελάχιστη αδενική δομή και είναι μικροί σε μέγεθος, ενώ κατά την έναρξη της εφηβείας παρατηρείται έντονη ανάπτυξη των μαζικών πόρων και των διακλαδώσεων τους, ελάχιστη αύξηση μεγέθους των κυψελίδων καθώς και διεύρυνση της περιοχής γύρω από την θηλή. Αυτό οφείλεται στην έναρξη έκκρισης των οιστρογόνων, τα οποία είναι επίσης υπεύθυνα για το χαρακτηριστικό σχήμα των μαστών αφού αυξάνουν την ποσότητα του λιπώδους ιστού (Widmaier et al., 2016 ; Costanzo, 2010).

Κατά την διάρκεια των είκοσι-οκτώ περίπου ημερών του καταμήνιου κύκλου, ο οποίος ξεκινά από την αναπαραγωγική ηλικία της γυναίκας και διαρκεί έως και την εμμηνόπαυση, παρατηρούνται αλλαγές στους μαστούς οι οποίες σχετίζονται άμεσα με την διακύμανση στην συγκέντρωση της προγεστερόνης και των οιστρογόνων στο αίμα. Η έκκριση της προγεστερόνης που ξεκινά επίσης στο στάδιο της εφηβείας κατά την ωχρινική φάση κάθε καταμήνιου κύκλου, συμβάλλει στην αύξηση των μαστών μέσω της διέγερσης της ανάπτυξης των κυψελίδων (Widmaier et al., 2016 ; Costanzo, 2010).

Ωστόσο οι μεταβολές που συμβαίνουν είναι μικρές σε σύγκριση με τις έντονες διογκώσεις των μαστών κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, οι οποίες οφείλονται στην διεγερτική επίδραση της υψηλής συγκέντρωσης της προγεστερόνης, των οιστρογόνων, της προλακτίνης και του πλακουντιακού γαλακτογόνου στο πλάσμα. Οι ορμόνες αυτές εκκρίνονται όλες από τον πλακούντα, εκτός της προλακτίνης η οποία εκκρίνεται από την μητρική πρόσθια υπόφυση. Οι μαζικοί πόροι όσο και οι κυψελίδες αναπτύσσονται πλήρως υπό την επίδραση των ορμονών αυτών (Widmaier et al., 2016).

Η προλακτίνη είναι η βασική ορμόνη που σχετίζεται με την παραγωγή του γάλακτος. Παρά το γεγονός ότι κατά την διάρκεια της προχωρημένης εγκυμοσύνης, οι μαστοί είναι διογκωμένοι και η συγκέντρωση της προλακτίνης αυξημένη, η έκκριση γάλακτος δεν παρατηρείται. Αυτό οφείλεται στις υψηλές συγκεντρώσεις των οιστρογόνων και της προγεστερόνης στον πλακούντα, οι οποίες αναστέλλουν την δράση της προλακτίνης στους μαστούς, γεγονός το οποίο παύει στον τοκετό αφού αφαιρεί την πηγή των μεγάλων ποσοτήτων των ορμονών αυτών και έτσι την αναστολή της παραγωγής γάλακτος. Η μείωση των οιστρογόνων δημιουργεί ακόμη και μείωση στην βασική έκκριση της προλακτίνης με αποτέλεσμα την επιστροφή της συγκέντρωσης της, μετά από λίγους μήνες, στα επίπεδα που ήταν πριν την εγκυμοσύνη ακόμα και αν η μητέρα εξακολουθεί να θηλάζει. Ύστερα από τον τοκετό του βρέφους, ξεκινά η παραγωγή και η έκκριση του γάλακτος από τους μαζικούς αδένες, γνωστή και ως γαλουχία (Widmaier et al., 2016).

Ακόμη αλλαγή στην μορφολογία των μαστών παρατηρείται και κατά την εμμηνόπαυση, η οποία ξεκινά όταν η γυναίκα πλησιάζει την ηλικία των πενήντα ετών, όπου η καταμήνιοι κύκλοι χάνουν την κανονικότητά τους και εν τέλει σταματούν εντελώς, κατάσταση η οποία είναι αναμενόμενη και φυσιολογική (Widmaier et al., 2016).

Η ακανόνιστη αυτή καταμήνιος λειτουργία και η εμμηνόπαυση δημιουργούνται από την κατάρρευση των ωοθηκών, οι οποίες δεν έχουν πια την ικανότητα να αντιδρούν στις γοναδοτροπίνες. Βέβαια, η πρόσθια υπόφυση και ο υποθάλαμος εξακολουθούν να λειτουργούν κανονικά, και αυτό επιβεβαιώνεται από τις μεγάλες ποσότητες γοναδοτροπινών που εκκρίνονται. Αυτό οφείλεται στην χαμηλή συγκέντρωση των οιστρογόνων στο πλάσμα, αλλά και της ανασταλτίνης, η οποία δεν εξασκεί πλέον την ίδια ένταση αρνητικής ανατροφοδότησης στην έκκριση των γοναδοτροπινών (Widmaier et al., 2016).

Εν κατακλείδι, στο πλάσμα συνήθως περισεύει μια ελάχιστη ποσότητα οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση, η οποία όμως δεν είναι αρκετή για να εξυπηρετήσει τις ανάγκες των οιστρογόνο-εξαρτώμενων ιστών. Έτσι, τόσο τα γεννητικά όργανα όσο και οι μαστοί ατροφούν κλιμακωτά σε μεγάλο βαθμό (Widmaier et al., 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1. Ορισμός του Καρκίνου

Η διαδικασία δημιουργίας και εξέλιξης ενός όγκου περιλαμβάνει πολλά στάδια τα οποία επηρεάζονται από πολλαπλούς παράγοντες, και είναι σε συνεχή αναδιάταξη. Κατά την διεργασία αυτή που ονομάζεται καρκινογένεση, τα φυσιολογικά κύτταρα τροποποιούνται σε καρκινικά. Η νέα ανάπτυξη ονομάζεται νεόπλασμα, δηλώνοντας την ύπαρξη μιας μη φυσιολογικής ιστικής μάζας, η οποία ξεπερνάει τα όρια των φυσιολογικών κυττάρων και δεν τους επιτρέπει να λειτουργούν με τον αναμενόμενο τρόπο. Χωρίζονται σε δυο κατηγορίες, τα καλοήθη και τα κακοήθη και αξιολογούνται με βάση την συμπεριφορά του όγκου. Έτσι, ως καρκίνος ορίζεται η δημιουργία κακοηθών νεοπλασμάτων τα οποία έχουν την ικανότητα να διηθούν σε γειτονικούς ιστούς ή και να κάνουν μετάσταση σε πιο απομακρυσμένες περιοχές με αποτέλεσμα την καταστροφή του ξενιστή. Οι όγκοι αυτοί εξελίσσονται με έναν ταχύ ρυθμό και δεν ακολουθούν το φυσιολογικό μοτίβο της κυτταρικής αναπαραγωγής (Osborn et al., 2016; Doherty 2018).

Ως καρκινογόνο ορίζεται ένας βιολογικός, χημικός ή και φυσικός παράγοντας ο οποίος έχει την δυνατότητα να αλλάξει την μοριακή δομή του γενετικού περιεχομένου ενός κυττάρου. Η αλλαγή που προκύπτει είναι αποτέλεσμα της άμεσης επαφής με τον παράγοντα αυτό, και είναι μόνιμη και μη αναστρέψιμη. Αξιοσημείωτο είναι πως, δεν είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο οριστικά πως η μετάλλαξη είναι το πρώτο γεγονός στην καρκινογένεση, όμως ανεξάρτητα από τον αιτιολογικό παράγοντα, η μη αναστρέψιμη τροποποίηση του γενετικού κώδικα των κυττάρων είναι υπαρκτή (Osborn et al., 2016).

2.2. Καρκίνος του Μαστού

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τον πιο συχνό τύπο καρκίνου στις γυναίκες και τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τον καρκίνο του πνεύμονα. Δημιουργείται στα κύτταρα των αδενοκυψελών στους πόρους και στα λοβία του μαστού και η ταχύτητα που αναπτύσσεται και διασπείρεται ο όγκος είναι ανάλογη με την περιοχή στην οποία εμφανίστηκε αρχικά ο καρκίνος (Drake et al., 2006 ; Benjamin et al., 2018).

Σχεδόν όλοι οι καρκίνοι του μαστού προκύπτουν από το αδενικό επιθήλιο που καλύπτει τους γαλακτοφόρους πόρους και είναι επομένως τοπικά αδενοκαρκινώματα. Οι περισσότεροι πρωτογενείς καρκίνοι του μαστού έχουν εισβάλλει στο στρώμα του μαστού κατά τη στιγμή της διάγνωσης. Η πλειοψηφία αυτών παρουσιάζεται ως εξογκώματα του μαστού παρόλο που

ένας μικρός αριθμός έχει διαβρωθεί μέσα στο δέρμα και εμφανίζεται ως μυκητιασικός όγκος. Καρκινώματα εντός του αγωγού του μαστού χωρίς ενδείξεις πραγματικής διείσδυσης είναι αναμφίβολα προ-κακοήθη σε μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων και συχνά παρουσιάζουν εκτεταμένες ανωμαλίες εντός του στήθους. Η ευρεία μεταβλητότητα στην ιστολογική εμφάνιση οδήγησε σε ταξινομήσεις αυτών των όγκων σύμφωνα με μικροσκοπικά χαρακτηριστικά (Souhami & Tobias, 2005).

Είναι απαραίτητο να κατανοηθεί ότι τα περισσότερα κομμάτια του μαστού είναι καλοήθη και όχι καρκίνος (κακοήθη). Οι μη καρκινικοί όγκοι του μαστού είναι ανώμαλες αυξήσεις, αλλά δεν εξαπλώνονται έξω από το στήθος. Δεν είναι απειλητικά για τη ζωή, αλλά ορισμένοι τύποι καλοηθών εξογκωμάτων μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο μιας γυναίκας να εμφανίσει καρκίνο. Τα περισσότερα νεοπλάσματα του μαστού ξεκινούν από τους αγωγούς που μεταφέρουν το γάλα στη θηλή (καρκίνοι του πόρου) και μερικοί ξεκινούν στους αδένες που παράγουν μητρικό γάλα (καρκίνοι του λοβού). Υπάρχουν επίσης άλλοι τύποι καρκίνου που είναι λιγότερο συνηθισμένοι όπως ο όγκος των φυλλόδων και το αγγειοσάρκωμα. Ένας μικρός αριθμός καρκίνων ξεκινούν σε άλλους ιστούς του μαστού, αυτοί οι καρκίνοι ονομάζονται σαρκώματα και λεμφώματα και δεν θεωρούνται πραγματικά ως καρκίνοι του μαστού. Υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί τύποι καρκίνου του μαστού και συνηθισμένοι περιλαμβάνουν το καρκίνωμα του πόρου *in situ* (DCIS) και το διηθητικό καρκίνωμα. Άλλοι, όπως οι όγκοι φυλλόδων και το αγγειοσάρκωμα είναι λιγότερο συχνές (Cancer Society 2019).

Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να εξαπλωθεί όταν τα καρκινικά κύτταρα εισέλθουν στο αίμα ή στο λεμφικό σύστημα και μεταφέρονται σε άλλα μέρη του σώματος. Το λεμφικό σύστημα είναι ένα δίκτυο λεμφικών αγγείων που βρίσκονται σε όλο το σώμα και συνδέουν λεμφαδένες (μικρές συλλογές κυττάρων ανοσοποιητικού συστήματος σε σχήμα φασολιού). Το διαυγές υγρό μέσα στα λεμφικά αγγεία, που ονομάζεται λέμφη, περιέχει υποπροϊόντα ιστού και απορρίμματα, καθώς και κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος. Τα λεμφικά αγγεία μεταφέρουν το λεμφικό υγρό μακριά από το στήθος. Στην περίπτωση καρκίνου του μαστού, τα καρκινικά κύτταρα μπορούν να εισέλθουν σε αυτά τα λεμφικά αγγεία και να αρχίσουν να αναπτύσσονται στους λεμφαδένες (Cancer Society 2019).

2.3. Κλινική εικόνα του καρκίνου του μαστού

Ο πρωτοπαθής καρκίνος του μαστού έχει δύο βασικές κατηγορίες στις οποίες χωρίζεται, την μη διηθητική και την διηθητική. Στην πρώτη κατηγορία, ο καρκίνος περιέχει το πορογενές μη διηθητικό καρκίνωμα μαστού γνωστό και ως *ductal carcinoma in situ*, το οποίο

αν και είναι μια προ-καρκινική βλάβη, τα ποσοστά των ατόμων που δεν θεραπεύτηκαν επαρκώς, είναι σχετικά υψηλά αφού υποτροπίασαν ή οδηγήθηκαν τελικά σε διηθητικό καρκίνο. Η πλειοψηφία των περιπτώσεων με μη διηθητικό καρκίνωμα μαστού διαγιγνώσκονται μέσω μαστογραφίας ενώ μόνο ένα μικρό ποσοστό τους, γίνεται αντιληπτό μέσω της ψηλάφησης (Runge & Greganti, 2016)

Όσον αφορά την δεύτερη κατηγορία, ο διηθητικός καρκίνος εμφανίζεται ως μια διακριτή μάζα χωρίς παρουσία πόνου, που όμως μαστογραφικά είναι υπαρκτή η ανίχνευση αποτιτανώσεων, ασύμμετρης μαστογραφικής πυκνότητας και διαταραχή της μορφολογίας του μαζικού αδένα. Αξιοσημείωτο είναι πως, για περιορισμένο χρονικό διάστημα ο καρκίνος του μαστού μπορεί να σχετίζεται άμεσα με έκκριμα θηλής ή εισολκή. Ειδικά, στην περίπτωση που το έκκριμα είναι αιματηρό, η υποψία για την ύπαρξη καρκίνου αυξάνεται σημαντικά. Σπανιότερα, η κακοήθεια μπορεί να παρουσιαστεί μέσω φλεγμονώδους αλλοίωσης στο δέρμα του μαστού (Runge & Greganti, 2016).

Οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού, γίνονται άμεσα αντιληπτοί μέσω του προ-συμπτωματικού μαζικού ελέγχου, με αποτέλεσμα να διαγιγνώσκονται σε αρχικό στάδιο το οποίο καθίσταται και ιάσιμο, αφού η νόσος δεν έχει επεκταθεί και περιορίζεται είτε μόνο στον μαστό, είτε στους τοπικούς λεμφαδένες. Σημαντικό είναι να αναφερθεί πως μόνο ένα πενήντο ποσοστό των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού γίνεται αντιληπτό ταυτόχρονα με απομακρυσμένες μεταστάσεις (Runge & Greganti, 2016).

Η πλειοψηφία πρωτοπαθών διηθητικών καρκίνων του μαστού είναι αδενοκαρκινώματα στα λοβία, τους πόρους ή μεικτού τύπου. Βέβαια, σε ένα πολύ μικρό ποσοστό της κλίμακας 5%, είναι αμιγούς, κολλώδους, βλενωδούς, σωληναριακού ή μυελόειδους τύπου, και συχνά έχουν καλύτερη πρόγνωση. Ακόμη είναι σημαντικό να αναφερθεί πως πλήθος νέων μελετών υποστηρίζουν πως οι όγκοι υψηλού σταδίου η πρόγνωση τους είναι χειρότερη. Αξιοσημείωτο είναι πως σε έρευνα που διεξάχθηκε πρόσφατα, δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στην βιολογική ετερογένεια του καρκίνου του μαστού. Συγκεκριμένα, ένα μοριακό προφίλ υποστηρίζει, με την χρήση των συστοιχιών της γονιδιακής έκφρασης, ότι ο καρκίνος του μαστού πιθανότατα αποτελείται από πολλές βιολογικά διακριτές ασθένειες (Runge & Greganti, 2016).

Συνήθως το μεγαλύτερο κομμάτι των ασθενών διαγιγνώσκονται σε πρώιμο στάδιο μη μεταστατικού καρκίνου του μαστού, γεγονός που ευνοεί την θεραπεία, και μειώνει την πιθανότητα υποτροπής ή και θανάτου. Βέβαια, ο καρκίνος του μαστού έχει πιθανότητες να υποτροπιάσει οποιαδήποτε στιγμή, και να εμφανιστεί ως μεταστατική νόσος. Αυτό είναι

δυνατό να συμβεί κυρίως στα πρώτα πέντε-δέκα έτη ύστερα από την διάγνωση της κακοήθειας. Οι παράγοντες οι οποίοι ευνοούν την ικανότητα του όγκου να επεκταθεί εκτός του μαστού, σχετίζονται τόσο με την ασθενή όσο και με τον ίδιο τον όγκο. Με βάση τους παράγοντες αυτούς ο όγκος αφού προχωρήσει εκτός του μαστού, έχει την ικανότητα να επιβιώσει στα λεμφαγγεία και στο αίμα, να δεσμευτεί και να εξαρτηθεί από τα αγγεία μιας άλλης γειτονικής περιοχής και έτσι να επιβιώνει και να εξελίσσεται συνεχώς, έως την στιγμή που θα γίνει κλινικά μια ορατή μεταστατική νόσος (Runge & Greganti, 2016).

Οι περιοχές που συναντάτε συνήθως ο μεταστατικός καρκίνος του μαστού είναι τόσο στον εναπομείναντα μαστό και στο τοίχωμα του θώρακα, όσο και στα οστά, στο ήπαρ, τον πνεύμονα και κυρίως στους λεμφαδένες. Τα ποσοστά επιβίωσης των ασθενών με μεταστατικό καρκίνο είναι χαμηλά, καθώς μόνο λίγοι ασθενείς παρουσιάζουν βελτίωση και ζουν για περισσότερο από 10 έτη, ύστερα από την διάγνωση της μετάστασης. Τέλος, μεγάλης σημασίας είναι το γεγονός πως είναι ιάσιμη, ύστερα από χειρουργείο και ακτινοθεραπεία, η τοπική υποτροπή σε έναν διατηρημένο μαστό (Runge & Greganti, 2016).

2.4. Αίτια του καρκίνου του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού είναι η δεύτερη κυριότερη αιτία θανάτου από καρκίνο ανάμεσα στις γυναίκες. Η ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού είναι μια διαδικασία πολλών σταδίων που περιλαμβάνει πολλαπλούς τύπους κυττάρων γι'αυτό και η πρόληψή του παραμένει αναγκαία. Η έγκαιρη διάγνωση του είναι μια από τις καλύτερες προσεγγίσεις για την πρόληψη αυτής της ασθένειας. Σε ορισμένες ανεπτυγμένες χώρες, το πενταετές σχετικό ποσοστό επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο του μαστού είναι πάνω από 80% λόγω πρόωρης πρόληψης. Την τελευταία δεκαετία, έχει σημειωθεί μεγάλη πρόοδος στην κατανόηση του καρκίνου του μαστού καθώς και στην ανάπτυξη προληπτικών μεθόδων (Sun et al., 2017).

2.4.1. Ηλικία

Πολλές μελέτες έδειξαν ότι κατά τη διάρκεια της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού, οι νεότερες ηλικίες αποτελούν αρνητικό παράγοντα κινδύνου και ότι οι νέες γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερους όγκους σε πιο προχωρημένο στάδιο και συχνότερα εμφανίζονται σαν θετικός λεμφαδένας με λιγότερη πιθανότητα επιβίωσης. Έχει αποδειχθεί ότι το όριο της ηλικίας του οποίου η πρόγνωση έχει χειρότερη έκβαση είναι τα 45 έτη.

Έρευνες αποδεικνύουν ότι γυναίκες τριάντα ετών έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού έναντι ενός κοριτσιού δέκα ετών, ενώ έχουν μικρότερες πιθανότητες έναντι σε μια γυναίκα εβδομήντα ετών (Tao et al., 2015).

2.4.2. Ηλικία εμμηνόρροιας και εμμηνόπαυσης

Μειωμένος κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού εμφανίζεται σε γυναίκες στις οποίες η εμμηνόρροια αρχίζει σε μεγαλύτερη ηλικία, καθώς με κάθε ένα χρόνο καθυστέρησης της εμμηνόρροιας ο κίνδυνος μειώνεται περίπου κατά 5%. Επίσης είναι αποδεδειγμένο ότι αν και ο κίνδυνος εμφάνισης σχετίζεται με την ηλικία στην εμμηνόρροια σε κάθε ηλικιακή ομάδα, το αποτέλεσμα είναι ισχυρότερο στις μικρότερες γυναίκες που δεν είναι στην εμμηνόπαυση. Άλλοι παράγοντες όπως η συχνότητα και η διάρκεια του κύκλου στην εμμηνόρροια, δεν φαίνεται να σχετίζονται με την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του μαστού (Key et al., 2001).

Αντιθέτως αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού εμφανίζουν γυναίκες οι οποίες βρίσκονται σε μεγαλύτερη ηλικία, καθώς ο κίνδυνος αυξάνεται κατά 3% για κάθε χρόνο μεγαλύτερης ηλικίας στην εμμηνόπαυση. Το παραπάνω αποτέλεσμα είναι ίδιο είτε η εμμηνόπαυση εμφανίζεται φυσιολογικά είτε είναι αποτέλεσμα διμερής ωοφορεκτομής. Η προστατευτική επίδραση της εμμηνόπαυσης παρατηρείται στην επιβράδυνση του ρυθμού με τον οποίο αυξάνεται η συχνότητα εμφάνισης νεοπλασμάτων στον μαστό που παρουσιάζεται κοντά στην ηλικία των 50 ετών. Επομένως φαίνεται ότι οι προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού από τις μετεμμηνοπαυσιακές της ίδιας ηλικίας και ότι οι περιεμμηνοπαυσιακές γυναίκες βρίσκονται σε ενδιάμεσο κίνδυνο (Key et al., 2001).

2.4.3. Εγκυμοσύνη και θηλασμός

Παράγοντες που αφορούν την εγκυμοσύνη διαδραματίζουν κάποιο αιτιολογικό παράγοντα για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού, καθώς κατά την εγκυμοσύνη γίνεται η τελική διαφοροποίηση των αδένων του μαστού. Η πρώτη εγκυμοσύνη προκαλεί αλλαγές οι οποίες είναι δεν αναστρέφονται και είτε καθιστούν τον ιστό του μαστού λιγότερο ευαίσθητο ως προς την εμφάνιση καρκίνου, είτε ελαττώνουν το καρκινογόνο ερέθισμα στο στήθος λόγω της έκκρισης ορμονών. Η ηλικία στην οποία γεννιέται το πρώτο παιδί κατέχει σημαντικό ρόλο για τη συχνότητα εμφάνισης νεοπλασμάτων, καθώς η εγκυμοσύνη σε μικρή ηλικία μειώνει την πιθανότητα δημιουργίας όγκου στο 1/3 των περιπτώσεων συγκριτικά με μια εγκυμοσύνη σε μεταγενέστερη ηλικία (Kapil et al., 2014).

Επίσης ο θηλασμός κατά την εγκυμοσύνη έχει αναγνωριστεί ως προστατευτικός παράγοντας για τον καρκίνο του μαστού και αφορά και τις προ αλλά και τις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Μετά από έρευνες έχει αποδειχθεί ότι ο θηλασμός έχει προστατευτική επίδραση που εκτιμάται στη μείωση του καρκίνου κατά 4,3% για κάθε δώδεκα μήνες θηλασμού αθροιστικά. Η διαφοροποίηση του επιθηλίου του μαστού καθιστά τα κύτταρα λιγότερο ευαίσθητα στο να μετασχηματιστούν σε κακοήγη προστατεύοντας έτσι τον μαστό. Αυτά αφορούν κυρίως τις νέες γυναίκες των οποίων οι επιθετικοί όγκοι είναι λιγότερο ευαίσθητοι στη θεραπεία (Romieu et al., 2017).

2.4.4. Παθήσεις του μαστού

Σημαντικό αίτιο εμφάνισης καρκίνου του μαστού αποτελεί και η υψηλή πυκνότητα του μαστού όπως αυτή παρουσιάζεται στη μαστογραφία. Εκτιμάται ότι οι γυναίκες που έχουν πυκνότητα πάνω από 75% ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού είναι τέσσερις φορές μεγαλύτερος από αυτές που έχουν λιγότερο πυκνούς μαστούς. Επίσης γυναίκες που έχουν ιστορικό εμφάνισης καλοήθους νόσου του μαστού και δεν έχουν εμφανίσει υπερπλασία, έχουν ενάμιση φορές αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου συγκριτικά με τις γυναίκες που δεν είχαν καλοήγη νόσο. Έρευνες έδειξαν ότι αίτια του μαστού όπως τραύμα στο στήθος, απόστημα, καλοήθης όγκος και οι πρακτικές του θηλασμού προσδιορίζονται ως αιτιολογικοί παράγοντες στο 1,7% των γυναικών, ενώ το προηγούμενο ιατρικό ιστορικό, η μαστίτιδα και τα εμφυτεύματα του μαστού αναγνωρίζονται ως αίτια κατά 5% (Dumalaon-Canaria et al., 2014).

2.4.5. Δημογραφικοί παράγοντες

Ο καρκίνος του μαστού φαίνεται να εμφανίζει μεγαλύτερο κίνδυνο να δημιουργηθεί στις γυναίκες που ανήκουν σε υψηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα όπως αποτυπώνεται από το επίπεδο εισοδήματος και εκπαίδευσης καθώς και από τις γεωγραφικές τοποθετήσεις. Έτσι για παράδειγμα, οι λευκές γυναίκες στο Καύκασο έχουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης, ακολουθούν οι Αφροαμερικανίδες και οι Ισπανόφωνες, ενώ οι γυναίκες της Ασίας βρίσκονται σε χαμηλότερα επίπεδα κινδύνου (Dumalaon-Canaria et al., 2014).

2.4.6. Οικογενειακό ιστορικό

Το οικογενειακό ιστορικό είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού, μια ασθένεια που αντιπροσωπεύει το 25% όλων των καρκίνων που έχουν διαγνωστεί στις γυναίκες. Περίπου το 15% των διαγνωσμένων καρκίνων στις γυναίκες

σχετίζεται με το οικογενειακό ιστορικό. Δυο στις τέσσερις γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού, εμφανίζουν δυο με τέσσερις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης νεοπλασμάτων σχετικά με τον αριθμό των συγγενών που έχουν προσβληθεί και την ηλικία στην οποία οι συγγενείς διαγνώστηκαν. Είναι γνωστό ότι η πλειονότητα των μελετών που αξιολογούν τον οικογενειακό κίνδυνο για καρκίνο καθώς και για καρκίνο του μαστού, λαμβάνει το οικογενειακό ιστορικό ως δείκτη προδιάθεσης κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου (Mukama et al., 2020).

Ο σχετικός κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού αυξάνεται όσο αυξάνεται ο αριθμός των συγγενών πρώτου βαθμού που έχουν προσβληθεί, καθώς μελέτες έδειξαν ότι οι πιθανότητες πληθαίνουν όταν περισσότεροι συγγενείς πρώτου βαθμού έχουν νοσήσει. Ο σχετικός κίνδυνος παρουσιάζεται μεγαλύτερος σε νεαρές ηλικίες και για γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, φαίνεται να αυξάνεται όσο νεότερος ήταν ο συγγενής όταν διαγνώστηκε. Μελέτες, επίσης αποδεικνύουν ότι τα γονίδια συμβάλλουν ουσιαστικά στον οικογενειακό κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού και ότι αυτός ήταν μεγαλύτερος μεταξύ δυο μονοζυγωτικών δίδυμων, τα οποία μοιράζονται τα ίδια γονίδια, από ότι μεταξύ των διζυγωτικών δίδυμων που τα μοιράζονται κατά το ήμισυ (Mukama et al., 2020).

Επίσης περίπου 90 γονίδια φαίνεται να εμπλέκονται στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού μέσω μεταλλάξεων διείσδυσης. Οι μεταλλάξεις και οι παραλλαγές είναι βλαστικής σειράς ,δηλαδή αποτελούν μέρος της γενετικής ταυτότητας του ατόμου. Τέσσερα γονίδια υψηλής διείσδυσης ελέγχονται για γενετική ευαισθησία στον καρκίνο του μαστού και είναι τα BRCA1, BRCA2, TP53, CDH1. Μεταλλάξεις των γεννητικών κυττάρων στα BRCA1 και TP53 σχετίζονται κυρίως με μεταλλάξεις διηθητικού καρκινώματος του πόρου. Στο γονίδιο BRCA2 σχετίζονται τόσο με το καρκίνωμα του πόρου και τους λοβωτούς όγκους ενώ οι μεταλλάξεις στο CDH1 σχετίζονται αποκλειστικά με το επεμβατικό λοβιακό καρκίνωμα. Μεταλλάξεις στο ένζυμο PTEN και στο μεταλλαγμένο γονίδιο STK11 που βρίσκεται στο χρωμόσωμα 19p προκαλούν το σύνδρομο Cowden και Peutz-Jaeger αντίστοιχα και εμφανίζουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού χωρίς να σχετίζονται αποκλειστικά με αυτόν (Dossus & Benusiglio, 2015).

Τα γονίδια BRCA1 και BRCA2 είναι υπεύθυνα για τη διατήρηση της ακεραιότητας του DNA. Οι μεταλλάξεις σε αυτά προδίδουν υψηλό κίνδυνο καρκίνου του μαστού με εκτιμώμενο ποσοστό 60% για το BRCA1 και 55% για BRCA2 στα 70 έτη ζωής των γυναικών, χωρίς όμως να φέρουν αποκλειστικά μετάλλαξη σε αυτά τα δυο γονίδια. Ορισμένα

φαινοτυπικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν την πιθανότητα να φέρουν μετάλλαξη στα δυο γονίδια, όπως για παράδειγμα το 15% των γυναικών που έχουν τριπλό αρνητικό καρκίνο του μαστού έχουν μετάλλαξη στο BRCA1 ενώ δεν φαίνεται να υπάρχει σχέση με το BRCA2. Ομοίως η κατανομή διαφορετικών τύπων καρκίνου ποικίλει ανάλογα με το προδιαθεσικό γονίδιο που εμπλέκεται. Αντιθέτως, λίγα είναι γνωστά σχετικά με τα ιστολογικά χαρακτηριστικά των καρκίνων του μαστού που σχετίζονται με μεταλλάξεις της γεννητικής γραμμής TP53. Το σύνδρομο Li - Frameni χαρακτηρίζεται από πρόωμη έναρξη μιας ποικιλίας όγκων και προκαλείται από μεταλλάξεις στο γονίδιο καταστολής όγκων TP53. Μέσα στα άτομα που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο είναι και προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες για καρκίνο του μαστού (Bisgin et al., 2019).

Επίσης το γονίδιο CDH1 το οποίο ήταν αρχικά γνωστό ως γονίδιο ευαισθησίας για τον καρκίνο του στομάχου διάχυτου τύπου, βρίσκεται στο χρωμόσωμα 16q22 και κωδικοποιεί την πρωτεΐνη E-καντενίνη, η οποία διατηρεί την ακεραιότητα των ιστών καθώς μεσολαβεί στην προσκόλληση κυττάρων. Υπάρχουν ωστόσο ενδείξεις ότι η αναγκαστική έκφραση της πρωτεΐνης αναστέλλει την ανάπτυξη καρκινικών κυττάρων του μαστού μέσω ακαθόριστων μέχρι τώρα μηχανισμών και ότι η πρωτεΐνη επομένως ελέγχει τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων πέρα των ιδιοτήτων της κατά της εισβολής. Η έκφραση της όμως φαίνεται να περιορίζεται στον καρκίνο του μαστού λοβιακού τύπου συγκριτικά με τον καρκίνο του μαστού των πόρων και να εμφανίζει απώλεια έκφρασης. Ένα άτομο με κληρονομική μετάλλαξη βλαστικής σειράς στο CDH1 διατρέχει αυξημένο κίνδυνο για επεμβατικό λοβιακό καρκίνωμα καθώς αρκεί μόνο ένα σωματικό γονίδιο για να δημιουργήσει ογκογέννεση. Τέλος πάνω από 80 αλλά γονίδια και τόποι ευαισθησίας στον καρκίνο του μαστού έχουν εντοπιστεί τα τελευταία χρόνια αλλά και πάλι κανένας δεν έχει εισέλθει στην κλινική πρακτική είτε λόγω δυσκολίας στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων είτε επειδή ο σχετικός κίνδυνος που αφορά τα μεταλλαγμένα αλληλόμορφα είναι χαμηλός (Dossus & Benusiglio, 2015 ; Bisgin et al., 2019).

Τέλος πάνω από 80 αλλά γονίδια και τόποι ευαισθησίας στον καρκίνο του μαστού έχουν εντοπιστεί τα τελευταία χρόνια αλλά και πάλι κανένας δεν έχει εισέλθει στην κλινική πρακτική είτε λόγω δυσκολίας στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων είτε επειδή ο σχετικός κίνδυνος που αφορά τα μεταλλαγμένα αλληλόμορφα είναι χαμηλός (Dossus & Benusiglio, 2015).

2.4.7. Κατάθλιψη

Η σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της ανάπτυξης του καρκίνου του μαστού δεν έχει αποδειχθεί σε έρευνες που έχουν λάβει χώρα τις τελευταίες τρεις δεκαετίες. Αυτός φαίνεται να είναι και ένας από τους λόγους σχετικά με το ενδιαφέρον για την επίδραση των ψυχολογικών παραγόντων στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Έχει εκφράσει στο παρελθόν η άποψη ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες παίζουν ρόλο στη δημιουργία νεοπλασμάτων, καθώς οι περιπτώσεις κατά τις οποίες ο καρκίνος του μαστού ακολουθεί αμέσως συναισθήματα κατάθλιψης ήταν πολλές ώστε η σύνδεση αυτή να θεωρηθεί τυχαία. Ο συνδετικός παράγοντας μεταξύ κατάθλιψης και καρκίνου του μαστού με βάση τις σύγχρονες θεωρίες φαίνεται να είναι η μειωμένη ανοσολογική λειτουργία, η οποία προδιαθέτει ένα άτομο να αναπτύξει νεοπλάσματα στο μαστό, αλλά και η αναστολή της επιδιόρθωσης του DNA που προκαλεί η κατάθλιψη με συνέπεια την καταστολή της άμυνας του οργανισμού. Εν τέλει, δώδεκα μελέτες διαπίστωσαν θετικές συσχετίσεις ανάμεσα στην κατάθλιψη και την εμφάνιση καρκίνου του μαστού, ενώ τρεις μελέτες διαπίστωσαν αρνητικές συσχετίσεις. Η καταμέτρηση όμως των αποτελεσμάτων φανέρωσε μια σύνδεση, η οποία αν και δεν ήταν σημαντική στατιστικά, ήταν αρκετά μεγάλη ώστε να υπάρξει νόημα σε πληθυσμιακό επίπεδο (Pössel et al., 2012).

2.5. Στάδια του καρκίνου του μαστού

Τα στάδια του καρκίνου του μαστού κυμαίνονται από το 0 έως το IV. Η σταδιοποίηση χρησιμοποιείται από το ιατρικό προσωπικό για να βοηθήσει επιλογή της βέλτιστης θεραπείας και πρόγνωσης, και περιγράφει την εξελικτική πορεία του καρκίνου. Γενικότερα τα στάδια μπορεί να χαρακτηριστούν ως *in situ*, δηλαδή μη επεμβατικά ή επεμβατικά (Countercurrents Series & Narod, 2012; Sharma et al., 2010).

2.5.1. Στάδιο 0

Το στάδιο 0 αναφέρεται σε μη επεμβατικούς καρκίνου του μαστού (π.χ. DCIS-καρκίνωμα του πόρου *in situ*). Στο στάδιο αυτό δεν έχουμε ενδείξεις για την ύπαρξη καρκινικών ή μη καρκινικών κυττάρων και μη φυσιολογικών κυττάρων που διαχωρίζονται ή διέρχονται ή εισβάλλουν σε γειτονικό φυσιολογικό ιστό (Breast Cancer.org, 2020).

2.5.2. Στάδιο I

Κατά το στάδιο I ο καρκίνος είναι επεμβατικός, και τα καρκινικά κύτταρα διαπερνούν ή εισβάλλουν στο φυσιολογικό μαστό. Το στάδιο I χωρίζεται σε δυο υποκατηγορίες την IA και

την IB. Η IA χαρακτηρίζει τον διηθητικό καρκίνο του μαστού, ο όγκος που έχει βρεθεί δεν ξεπερνά τα 2 εκατοστά και ο καρκίνος δεν έχει βρεθεί εκτός του στήθους, ούτε σε λεμφαδένες. Το IB αναφέρεται σε επεμβατικό καρκίνο κατά τον οποίο δεν έχει βρεθεί όγκος, όμως έχουν εντοπιστεί μικρές ομάδες καρκινικών κυττάρων που σε μέγεθος κυμνώνονται από 0,2 έως 2 χιλιοστά. Θα μπορούσε όμως να υπάρχει και ένας όγκος στο στήθος που δεν ξεπερνά τα 2 εκατοστά και την ίδια στιγμή ομάδες καρκινικών κυττάρων από 0,2 έως 2 χιλιοστά στους λεμφαδένες. Παρ' ολ' αυτά αν ο καρκίνος βρεθεί θετικός στον υποδοχέα προγεστερόνης ή στον υποδοχέα οιστρογόνου μπορεί να καταταχθεί στην ομάδα IA (Breast Cancer.org, 2020).

2.5.3. Στάδιο II

Το στάδιο II αποτελείται και αυτό από δυο υποκατηγορίες τις IIA και IIB. Στο στάδιο IIA δεν έχει βρεθεί όγκος στον μαστό αλλά στους μασχαλιαίους λεμφαδένες ή στους λεμφαδένες κοντά στον μαστό. Το μέγεθος του όγκου θα μπορούσε να είναι από 2 έως και 5 εκατοστά. Σε αντίθεση στο στάδιο IIB ο όγκος θα μπορούσε να είναι πάνω από 5 εκατοστά αλλά δεν εμφανίζεται στους μασχαλιαίους λεμφαδένες (Akram et al., 2017).

2.5.4. Στάδιο III

Το στάδιο III έχει χωριστεί σε 3 διαφορετικές υποκατηγορίες τις IIIA, IIIB, IIIC. Η υποκατηγορία IIIA αναφέρει πως δεν υπάρχει όγκος στους μαστούς αλλά μπορεί να βρεθεί σε 4 έως 9 μασχαλιαίους αδένες ή αδένες κοντά στον μαστό. Κατά την IIIB ο όγκος μπορεί να συναντηθεί σε οποιοδήποτε μέγεθος και έχει ήδη προκαλέσει πρήξιμο ή έλκος στο δέρμα του μαστού, και είναι πιθανόν να έχει εξαπλωθεί σε έως και 9 αδένες. Ο καρκίνος του σταδίου IIIB μπορεί να ονομαστεί φλεγμονώδης, με συμπτώματα όπως το ζεστό, κόκκινο, πρησμένο δέρμα του μαστού. Στην συνέχεια το στάδιο IIIC έχουμε την εμφάνιση του καρκίνου σε 10 ή και περισσότερους μασχαλιαίους λεμφαδένες αλλά και στους υποκλείδιους και υπερκλείδιους λεμφαδένες (Breast Cancer.org, 2020; Akram et al., 2017).

2.5.5. Στάδιο IV

Το στάδιο IV ονομάζεται και μεταστατικό ή προχωρημένο στάδιο και αναφέρετε στην διασπορά του καρκίνου έξω από το στήθος και τους λεμφαδένες, σε όργανα όπως ο εγκέφαλος, το δέρμα, το ήπαρ, τα οστά, τους πνεύμονες και άλλους απομακρυσμένους λεμφαδένες (Breast Cancer.org, 2020; Sharma et al., 2010).

2.6. Τύποι Καρκίνου του Μαστού

Ο καρκίνος του μαστού χωρίζεται σε δυο κατηγορίες, τον μη-διηθητικό και τον διηθητικό. Μπορεί να ξεκινήσει είτε από τους λοβούς, είτε από τους πόρους και σε ορισμένες περιπτώσεις στον ιστό μεταξύ τους. Στην περίπτωση του μη-διηθητικού καρκίνου (Non-Invasive Breast Cancer) έχουμε δυο επιμέρους κατηγορίες, το καρκίνωμα του πόρου, και το λοβιακό καρκίνωμα, τα οποία και τα δυο παρουσιάζονται σε in situ μορφή. Αυτό σημαίνει πως τα καρκινικά κύτταρα του μαστού περιορίζονται στους πόρους ή τους λοβούς και δεν επεκτείνονται, ούτε εισβάλλουν στους γύρω λιπώδεις και συνδετικούς ιστούς. Το καρκίνωμα του πόρου (Ductal Carcinoma in situ) είναι η συχνότερη μορφή μη επεμβατικού καρκίνου του μαστού, και δεν θεωρείται απειλητικό για την ζωή. Βέβαια τόσο το λοβιακό καρκίνωμα (Lobular Carcinoma in situ) όσο και το καρκίνωμα του πόρου, είναι δυο σημαντικές καταστάσεις, καθώς είναι δείκτες αυξημένου κινδύνου για εμφάνιση διηθητικού καρκίνου του μαστού στο μέλλον (Breast Cancer Organization, 2019).

Η πλειοψηφία των ασθενών που εμφανίζουν κακοήθεια στους μαστούς, έχουν διηθητικό καρκίνο (Invasive Breast Cancer). Διηθητικός ονομάζεται ο τύπος καρκίνου όπου τα καρκινικά κύτταρα έχουν την ιδιότητα να διαπεράσουν τον πόρο και το λοβικό τοίχωμα και έτσι να εισβάλλουν στους γύρω λιπώδεις και συνδετικούς ιστούς του μαστού. Χωρίζεται σε αρκετές ακόμη κατηγορίες, με σημαντικότερες το διηθητικό καρκίνωμα πόρου (Invasive Ductal Carcinoma) και το διηθητικό καρκίνωμα λοβού (Invasive Lobular Carcinoma). Το ILC αντιπροσωπεύει ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 15% των καρκίνων του μαστού. Ξεκινά από τους αδένες του γάλακτος (λοβούς) και συχνά επεκτείνεται και σε άλλες περιοχές του σώματος, δημιουργώντας έτσι μεταστατικό καρκίνο. Σπανιότερα εμφανίζονται περιστατικά με τις υπόλοιπες κατηγορίες διηθητικού καρκίνου, οι οποίες περιλαμβάνουν το σωληναριακό (Tubular Carcinoma) , μυελοειδές (Medullary Carcinoma), και το βλέννώδες καρκίνωμα (Mucinous Carcinoma), και συνήθως έχουν καλύτερη πρόγνωση (Aroe et al., 2019).

2.6.1. Φλεγμονώδης Καρκίνος του Μαστού

Ένας ιδιαίτερος τύπος είναι ο φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού (Inflammatory Breast Cancer), ο οποίος αν και εμφανίζεται σπάνια, έχει την ιδιότητα να εξελίσσεται με ταχείς ρυθμούς. Συνήθως παρουσιάζεται με πρήξιμο και ερύθημα στους μαστούς, καθώς και με λακκάκια ή παχιές προεξοχές που προκαλούνται από τα καρκινικά κύτταρα διότι χάρη σε αυτά μπλοκάρονται τα λεμφικά αγγεία και τα κανάλια του δέρματος πάνω από το στήθος. Είναι

σημαντικό να ειπωθεί πως εφόσον ο τύπος αυτός του καρκίνου εξαπλώνεται γρήγορα, τα συμπτώματα επιδεινώνονται μέσα σε ημέρες ή ακόμα και ώρες γεγονός που αποδεικνύει πόσο αναγκαία είναι η άμεση αναγνώριση και η θεραπεία (Sharma et al., 2010).

2.6.2. Νόσος του Paget της θηλής

Η νόσος του Paget είναι μια μορφή καρκίνου του μαστού που εμφανίζεται πολύ σπάνια. Έχει μια «ύπουλη» έναρξη, εξελισσόμενη για μήνες ή ακόμα και χρόνια. Ξεκινά από την θηλή επηρεάζοντας τους γαλακτοφόρους πόρους και ύστερα επεκτείνεται στην θήλεα άλω. Σε πιο προχωρημένες περιπτώσεις η θηλή και η θήλεα άλω παρουσιάζουν εξανθήματα καθώς και ερυθματώδεις, πυκνές, υγρές και φλοιώδεις βλάβες με ακανόνιστα όρια. Παρουσιάζεται επίσης έντονος ερεθισμός και κνησμός, σκλήρυνση, έκκριση, αιμορραγία και έλκος. Ωστόσο πολλές φορές μοιάζει με άλλες δερματικές παθήσεις όπως το έκζεμα και η ψωρίαση, όμως μπορεί να διαφοροποιηθεί από αυτές (Lopes et al., 2015).

2.6.3. Τριπλά Αρνητικός Καρκίνος του Μαστού

Ο τριπλά αρνητικός καρκίνος του μαστού είναι μια μορφή που αντιπροσωπεύει μόλις το 10-15% όλων των καρκίνων του μαστού. Ο όρος τριπλά αρνητικός αναφέρεται στο γεγονός της έλλειψης υποδοχέα προγεστερόνης και οιστρογόνων των καρκινικών κυττάρων αλλά και στην αδυναμία τους να παράγουν αρκετή από την πρωτεΐνη HER2. Ο τύπος αυτός του καρκίνου διαφέρει από τους υπόλοιπους τύπους διηθητικού καρκίνου του μαστού, και θεωρείται ιδιαίτερα καταστροφικός αφού εξαπλώνεται και εξελίσσεται με ταχείς ρυθμούς. Παρατηρείται συνήθως σε προ-εμμηνορρυσιακές γυναίκες, έχει χειρότερη πρόγνωση από τους υπόλοιπους τύπους και περιορισμένες επιλογές θεραπείας (Akram et al., 2017).

2.7. Διαφορική Διάγνωση

Αρκετές καταστάσεις οι οποίες δεν είναι κακοήθειες έχουν την δυνατότητα να μιμηθούν τον καρκίνο του μαστού, όπως τα ινοαδενώματα και οι κύστες που συχνά γίνονται αντιληπτά ως μια ψηλαφητή μάζα. Η διαφοροποίηση τους από την κακοήθεια μπορεί να πραγματοποιηθεί με ακτινολογικούς και κλινικούς ελέγχους, όπως η υπερηχογραφική εμφάνιση των κυστών, η χαρακτηριστική μαστογραφική πυκνότητα, οι αλλαγές στον εμμηνορρυσιακό κύκλο και η

περιγεγραμμένη αίσθηση-παρουσία των ινοαδενομάτων. Με μεγαλύτερη δυσκολία επιτυγχάνεται η κλινική αναγνώριση της μαστίτιδας και της κυτταρίτιδας του μαστού καθώς μιμούνται τον φλεγμονώδη καρκίνο του μαστού. Τα λεμφώματα, τα σαρκώματα, καθώς και οι μεταστάσεις από μελανώματα ή από άλλους καρκίνους εμφανίζονται σπανιότερα στον μαστό και αποτελούν διαφορετικές κακοήθειες εκτός του πρωτοπαθή καρκίνου. Τέλος ο μεταστατικός καρκίνος του μαστού στον άλλο μαστό είναι κατάσταση σχεδόν απίθανη. Βέβαια σημαντικό είναι να ειπωθεί πως μια γυναίκα με ιστορικό κακοήθειας στον μαστό έχει αυξημένο κίνδυνο για την ανάπτυξη καρκίνου στον αντίπλευρο μαστό (Osborn et al., 2016).

2.8. Διάγνωση Καρκίνου του Μαστού

Η διάγνωση αποτελεί μια πολύ σοβαρή πτυχή για την διαχείριση και την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, που συχνά όμως παραλείπεται. Δύο σημαντικά στοιχεία της διάγνωσης είναι πως μέσω της κλινικής αξιολόγησης και της ιστορικής δειγματοληψίας επιτυγχάνεται η επιβεβαίωση της ύπαρξης κακοήθειας, και πως με τις δοκιμές που πραγματοποιούνται από τους δείκτες απεικόνισης και όγκου ξεκινά ο σχεδιασμός της θεραπείας (Benjamin et al., 2015).

Η Ογκολογική Εταιρία της Αμερικής συστήνει ότι οι γυναίκες άνω των είκοσι ετών θα ήταν καλό να ελέγχουν τους μαστούς τους μια φορά τον μήνα μέσω της αυτοεξέτασης ενώ θα πρέπει να υποβάλλονται σε κλινική εξέταση από μαστολόγο ανά τρία έτη έως και την ηλικία των τριάντα εννέα περίπου ετών. Ύστερα οι γυναίκες της ηλικίας των σαράντα ετών και άνω είναι απαραίτητο να υποβάλλονται σε μαστογραφία κάθε χρόνο (Osborn et al., 2016).

Όταν ένας ασθενής διαγιγνώσκεται με καρκίνο, συνήθως υποβάλλεται σε μια σειρά εξετάσεων με σκοπό τον προσδιορισμό τόσο της έκτασης και της θέσης όσο και του τύπου του όγκου. Αξιοσημείωτο είναι πως τίθεται αναγκαία η εξατομίκευση των διαγνωστικών μέσων για κάθε άτομο, τα οποία περιλαμβάνουν την λήψη ενός πλήρους ιστορικού, πλήθος εργαστηριακών εξετάσεων και κατάλληλων απεικονιστικών τεστ, αλλά και παρεμβατικών διαδικασιών και παθολογικών εξετάσεων ιστού. Από την στιγμή της διάγνωσης και ύστερα, κρίνονται απαραίτητες επιπλέον διαγνωστικές εξετάσεις που σχετίζονται με την σταδιοποίηση του όγκου, έτσι ώστε να δημιουργηθεί από τους θεράποντες ιατρούς το κατάλληλο θεραπευτικό σχήμα (Osborn et al., 2016).

2.8.1. Αυτοεξέταση μαστού

Η αυτοεξέταση του μαστού γίνεται ιδιωτικά και δεν τίθεται αναγκαία η βοήθεια ιατρικού προσωπικού. Ξεκινά με αξιολόγηση της αφής όπου μέσω της ψηλάφησης η ασθενής ψάχνει για πιθανές ανωμαλίες. Ο αναγκαίος εξοπλισμός για την πραγματοποίηση μιας εμπειριστατωμένης αυτοεξέτασης είναι ένας επιτοίχιος καθρέπτης, για την διεξαγωγή της οπτικής επιθεώρησης. Όσον αφορά την ύπτια διαδικασία η ασθενής χρειάζεται ένα μαξιλάρι για την στήριξη της πλάτης ή των ώμων. Για να γίνει η εξέταση της δεξιάς πλευράς του μαστού η ασθενής πρέπει να γυρίσει στην αριστερή πλευρά και να τοποθετήσει το δεξί της χέρι, και την παλάμη προς τα πάνω, στο μέτωπο της. Η κίνηση αυτή επιτρέπει στο στήθος να «απλωθεί» στον θώρακα. Ύστερα με την χρήση των δακτύλων του αριστερού χεριού γίνεται εκτέλεση μικρών κυκλικών κινήσεων με ελαφριά, μέτρια και τέλος βαθιά πίεση, με την οποία επιτυγχάνεται η διερεύνηση του μαστικού ιστού σε διάφορα βάθη. Για να τελειοποιηθεί η εξέταση του εξωτερικού μισού του μαστού, γίνεται ψηλάφηση με κινήσεις από πάνω προς τα κάτω σταδιακά από την μασχάλη έως την θηλή και ύστερα με κάθετη φορά από την κλείδα έως και κάτω από την γραμμή του σουτιέν. Για να αποφευχθεί η απώλεια αξιολόγησης οποιουδήποτε επιπέδου του μαστικού ιστού είναι αναγκαίο τα δάχτυλα να βρίσκονται συνεχώς σε επαφή με το δέρμα καθώς διασχίζουν τα στήθη. Το εσωτερικό μισό του στήθους για να εκτιμηθεί, απαιτεί αλλαγή σε ύπτια θέση, αφαίρεση του χεριού από το μέτωπο και τοποθέτηση του μη ενεργού βραχίονα σε ορθή γωνία στην επιφάνεια όπου γίνεται η εξέταση. Ακόμη είναι σημαντικό να ειπωθεί πως όσον αφορά την τεχνική της ψηλάφησης, παραμένει η ίδια και στην περίπτωση αυτή αξιολογείται επίσης η περιοχή της θηλής αλλά και του στέρνου. Η ίδια ακριβώς διαδικασία εφαρμόζεται και για την εξέταση του αριστερού μαστού αλλά σε αντίθετη πλευρά (Pirpin & Boyd, 2020).

Η οπτική επιθεώρηση του μαστικού ιστού επιτυγχάνεται από τρεις διαφορετικές γωνίες. Η πρώτη θέση είναι με τα χέρια υψωμένα πάνω από το κεφάλι ενώ αυτό τείνει προς τα εμπρός, η δεύτερη με τα χέρια στο πλάι, ενώ η τρίτη με τα χέρια σε κάμψη τοποθετημένα στους γοφούς. Όλες αυτές οι θέσεις παρατηρούνται εξονυχιστικά σε έναν καθρέφτη από μια άμεση προβολή, ένα δεξί και ένα αριστερό προφίλ. Σημαντικό είναι πως ενώ συνήθως το ένα στήθος είναι σε μέγεθος μεγαλύτερο από το άλλο, πρέπει πιθανές νέες ανισότητες να σημειωθούν. Επίσης χρειάζεται να γίνει εκτίμηση του δέρματος για παρατήρηση πιθανών εξανθημάτων, ερυθρημάτων, συρρικνώσεων ή φουσκωμάτων καθώς και ανωμαλιών στην υφή που μοιάζουν με φλούδα από πορτοκάλι. Επιπλέον πρέπει να παρακολουθούνται οι θηλές για ύπαρξη ερυθρήματος, απολέπισης, καθώς και παρουσία κνησμού και οιδήματος. Τέλος κρίνεται

αναγκαία η περαιτέρω εξέταση σε περίπτωση που παρουσιαστεί ασύμμετρη φλεβική κατανομή ή διαστολή (Pirpin & Boyd, 2020) .

2.8.2. Λήψη Ιστορικού και Φυσική Εξέταση

Η ανίχνευση του καρκίνου του μαστού σε πρώιμο στάδιο μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε τυχαία μέσω εξετάσεων είτε ύστερα από την παρουσία και την παρατήρηση ύποπτων συμπτωμάτων τα οποία προϊδεάζουν για την ύπαρξη της κακοήθειας. Η λήψη του ιστορικού γενικής υγείας του ασθενούς παρέχει σημαντικές πληροφορίες για την κλινική αξιολόγηση της νόσου του μαστού αλλά και για την ύπαρξη επιπλέον παθήσεων που μπορεί να επηρεάσουν το σχήμα της θεραπείας. Ακόμη, επιτρέπει την δημιουργία μιας ολιστικής εικόνας της κατάστασης της υγείας του ασθενούς, των αναγκών του, αλλά και την ανίχνευση των παραγόντων κινδύνου που ευνοούν την εμφάνιση του καρκίνου (Osborn et al. 2016, Benjamin et al., 2015).

Το ατομικό ιστορικό του ασθενούς χρειάζεται να είναι λεπτομερές και να περιλαμβάνει σημαντικά στοιχεία, όπως την ηλικία όπου πραγματοποιήθηκε η έναρξη της εμμηνόρροιας και ύστερα την ηλικία που ξεκίνησε η εμμηνόπαυση, χρήση αντισυλληπτικών φαρμάκων, προηγούμενες εγκυμοσύνες και πιθανή χρήση ορμονικής θεραπείας αντικατάστασης μετά την εμμηνόπαυση. Επιπρόσθετα, αν η ασθενής είχε ιστορικό καρκίνου του μαστού στο παρελθόν, είναι απαραίτητη η ηλικία στην οποία έγινε η διάγνωση, η αναφορά βιοψιών μαστού που έχουν προηγηθεί, καθώς και η γνωστοποίηση χρήσης ακτινοβολίας η οποία αποσκοπούσε στην θεραπεία άλλων καρκίνων. Η λήψη του οικογενειακού ιστορικού πρέπει να γίνεται επίσης εξονυχιστικά, για την πιθανή διαπίστωση ύπαρξης καρκίνου ωοθηκών ή μαστού σε συγγενείς πρώτου βαθμού (Benjamin et al., 2015).

Η φυσική εξέταση πραγματοποιείται από τους ιατρούς και περιλαμβάνει την επιθεώρηση των μαστών, και των περιοχών γύρω από τον λαιμό και τις μασχάλες. Γίνεται παρατήρηση για ύπαρξη τυχόν παραμορφώσεων, ψηλαφητών μαζών, εξογκωμάτων ή άλλες ύποπτες εκδηλώσεις που προμηνύουν καρκίνο του μαστού. Ελέγχονται ακόμη και οι λεμφαδένες οι οποίοι συχνά μεγεθύνονται σε ασθενείς με κακοήθεια μαστού (Παυλάτου και συν., 2015).

2.8.3. Μαστογραφία

Η μαστογραφία συνίσταται να πραγματοποιείται ετησίως στις γυναίκες άνω των σαράντα ετών. Η ευαισθησία της μαστογραφίας εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες, όπως η ηλικία, το ατομικό ιστορικό, την εθνικότητα, την εμπειρία του ακτινολόγου ιατρού αλλά και την ποιότητα της τεχνικής. Αξίζει να επισημανθεί πως σε γυναίκες με πυκνότερο στήθος και σε γυναίκες που βρίσκονται στο πρώιμο στάδιο της εμμηνόπαυσης, η ευαισθησία της μαστογραφίας μειώνεται. Δυστυχώς, η μαστογραφία έχει αρκετά μειονεκτήματα με βασικότερα από αυτά τόσο την χρήση της ιονίζουσας ακτινοβολίας, όσο και των υψηλών ποσοστών ψευδώς θετικών και ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων καρκίνου του μαστού (Wang, 2017).

2.8.4. Ψηφιακή Μαστογραφία

Η ψηφιακή μαστογραφία χρησιμοποιήθηκε συμπληρωματικά ως εργαλείο διαλογής μαστού στην μαστογραφία και βασίζεται στην αγγειογένεση όγκου. Πραγματοποιείται με χρήση ενδοφλέβιων ιωδιωμένων ενέσεων αντίθεσης και ιονίζουσας ακτινοβολίας η οποία παράγεται σε ελάχιστα μεγαλύτερη ποσότητα από την μαστογραφία (Wang, 2017).

Τα τελευταία χρόνια είναι ευρέως διαδεδομένη και προτιμάται συγκριτικά με την απλή μαστογραφία καθώς είναι αποτελεσματικότερη σε νέες γυναίκες με πυκνά στήθη, αφού έχει την ιδιότητα να βελτιστοποιεί σε επιλεγμένα σημεία την αντίθεση, όπως σε περιοχές όπου το παρέγχυμα είναι ιδιαίτερα πυκνό. Το προτέρημα αυτό έχει μεγάλη αξία, καθώς μπορεί να γίνει έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες με γενετική προδιάθεση (Bick & Diekmann, 2007).

2.8.5. Μαγνητική Τομογραφία Μαστού

Η μαγνητική τομογραφία θεωρείται από τα βασικότερα εργαλεία διαλογής λόγω της υψηλής ευαισθησίας που διαθέτει συγκριτικά με άλλες τεχνικές απεικόνισης μαστού. Η ιδιότητα αυτής της τεχνικής είναι πολύ σημαντική, κυρίως για τις ομάδες των γυναικών που είναι φορείς του BRCA1, BRCA2, ή άλλων σπανιότερων γονιδιακών μεταλλάξεων καθώς και για τις γυναίκες με ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό κακοήθειας, διότι έχουν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Βέβαια, παρουσιάζει υψηλή ευαισθησία και στην ανίχνευση καλοηθών παθήσεων του μαστού, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε επαναλαμβανόμενες σαρώσεις, υπερηχογράφημα, ή ακόμα και βιοψία (Mann et al., 2015).

2.8.6. Υπερήχογράφημα Μαστού

Ο ρόλος του υπέρηχου στην ανίχνευση του καρκίνου του μαστού έχει μεγάλη σημασία, καθώς έχει την δυνατότητα να αξιολογήσει επαρκώς και σε ποίκιλα επίπεδα την μορφολογία, τα περιθώρια της βλάβης, τον προσανατολισμό και την εσωτερική της δομή τόσο σε λιπαρά στήθη όσο και σε πυκνές αδενικές δομές, με υψηλή ανάλυση. Για την ταξινόμηση μιας βλάβης, πρέπει να ληφθούν υπόψη βασικοί παράγοντες όπως το περιβάλλον του ιστού, τα όρια, το περίγραμμα και το σχήμα της. Επίσης, χρήση του υπέρηχου πραγματοποιείται και για την ταξινόμηση στερεών, καλοηθών βλαβών που έχουν αρνητική προγνωστική τιμή. (Guo et al., 2018)

Ο υπέρηχος συνήθως είναι συμπληρωματικό εργαλείο διαλογής στην μαστογραφία, καθώς έχει την δυνατότητα να δώσει μια πρώτη εικόνα σε άτομα που έχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης κακοήθειας στους μαστούς, σε έγκυες γυναίκες αλλά και σε άτομα που δεν μπορούν να υποβληθούν σε μαστογραφία. Είναι ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται τακτικά για την ανίχνευση καρκίνου του μαστού, όμως είναι λιγότερο αποτελεσματικό από την μαστογραφία (Wang, 2017).

2.8.7. Καρκινικοί Δείκτες

Ιδιαίτερης σημασίας χρήζει η μέτρηση των καρκινικών δεικτών σε όλα τα στάδια του καρκίνου του μαστού, αλλά και κατά την πρόβλεψη πιθανών μεταστάσεων, την διάγνωση, και την θεραπεία. Είναι σημαντικό να ειπωθεί πως ο γιατρός πρέπει να δώσει ιδιαίτερη προσοχή στους περιορισμούς αλλά και την ευαισθησία κάθε δείκτη. Οι δείκτες που χρησιμοποιούνται συνήθως για την διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι οι Ca 15-3 και Ca 27-29. Όσον αφορά τον πρώτο δείκτη, τα υψηλά επίπεδα στο αίμα παρατηρούνται κατά την έναρξη του καρκίνου μόνο σε ένα πολύ μικρό ποσοστό των ασθενών, ενώ περίπου στο 70% ο καρκίνος εντοπίζεται σε προχωρημένο στάδιο. Βέβαια μετά από ορθή και έγκαιρη διαχείριση φαίνεται τα επίπεδα του δείκτη αυτού να πέφτουν. Αξιοσημείωτο είναι πως ο Ca 15-3 φαίνεται να παρουσιάζει υψηλά επίπεδα και σε άλλους τύπους καρκίνου, αλλά και σε κάποιες μη καρκινικές καταστάσεις όπως οι καλοήθεις παθήσεις του μαστού και η ηπατίτιδα. Ο δεύτερος καρκινικός δείκτης παρουσιάζει επίσης υψηλά επίπεδα σε άτομα με καρκίνο του μαστού, όμως φαίνεται να μην υπερτερεί σε τίποτα σε σχέση με τον δείκτη Ca 15-3. Μάλιστα, παρατηρείται και αυτός σε άλλους τύπους καρκίνου ή σε ακίνδυνες μη καρκινικές διαταραχές (Akram et al., 2017).

2.8.8. Βιοψία Μαστού

Η βιοψία θεωρείται η καλύτερη τεχνική για την ανίχνευση-διάγνωση καρκίνου του μαστού (Diego EJ et al., 2016). Συνήθως πραγματοποιείται ταυτόχρονα με την κλινική εξέταση του μαστού αλλά και με την βοήθεια υπέρηχου, έτσι ώστε να ενισχυθεί η διαγνωστική ακρίβεια και να μειωθούν σημαντικά οι πιθανότητες για ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα. Υπάρχουν αρκετοί τύποι βιοψίας μαστού, όπως η ανοιχτή χειρουργική βιοψία, η βιοψία με βελόνα, και η στερεοτακτική βιοψία (Akram et.al, 2017;Diego EJ et al., 2016).

Στην στερεοτακτική βιοψία γίνεται λήψη διαφορετικών μικροσκοπικών δειγμάτων ιστού μέσω μιας μικροσκοπικής τομής στο δέρμα με την βοήθεια μιας βελονής και μιας συσκευής αναρρόφησης. Η διαδικασία διεξάγεται με την χρήση τοπικού αναισθητικού, και ταυτόχρονη χρήση μαγνητικής τομογραφίας, μαστογραφίας ή υπέρηχου με σκοπό την σωστή καθοδήγηση της βελόνας. Είναι πολύ ακριβής τεχνική για την δειγματοληψία μη ψηλαφητής μαστικής βλάβης (Essen et al., 2016).

2.9. Θεραπεία του καρκίνου του μαστού

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνει τη χειρουργική επέμβαση, τη χημειοθεραπεία, την ακτινοθεραπεία και την ορμονοθεραπεία. Η επιλογή της θεραπείας γίνεται ανάλογα με τον κίνδυνο υποτροπής, τις ευαισθησίες στα φάρμακα αλλά και τους βιολογικούς δείκτες που είναι μοναδικοί για κάθε ασθενή (Fisusi et al., 2019).

Νέα φάρμακα-στόχοι έχουν αναπτυχθεί και βασίζονται στους ιστολογικούς τύπους του καρκίνου του μαστού, γι' αυτό και επιλέγεται η χημειοθεραπεία και η ενδοκρινολογική θεραπεία για όλους σχεδόν τους τύπους. Για τον μεταστατικό όγκο η θεραπεία στοχεύει στην εξάλειψη του όγκου από τους μαστούς και τους λεμφαδένες καθώς και τον κίνδυνο υποτροπής, γι' αυτό και επιλέγεται κυρίως η χειρουργική επέμβαση και η ακτινοθεραπεία. Για τον μεταστατικό καρκίνο χρησιμοποιείται παρηγορητική αγωγή, όπως ακτινοθεραπεία ή χειρουργική επέμβαση. Τέλος ο συνδυασμός των θεραπευτικών παρεμβάσεων ελαχιστοποιεί τις υποτροπές και τις επιδράσεις, παρέχοντας με αυτό τον τρόπο καλύτερη ποιότητα ζωής (Waks et al., 2019; Shien et al., 2020).

2.9.1. Χειρουργική επέμβαση

Η χειρουργική θεραπεία αφορά την ογκεκτομή, τη θεραπεία διατήρησης του μαστού και την μαστεκτομή και στοχεύουν τυπικά στον περιορισμό της νόσου. Στην ογκεκτομή αφαιρείται ο όγκος και διατηρείται η υπόλοιπη θηλή, το δέρμα και ο ιστός του μαστού. Γίνεται

επίσης βιοψία του λεμφαδένα φρουρού αντί για διατομή του μασχαλιαίου κόμβου (Beckmann et al., 2014).

Η διατήρηση του μαστού επιλέγεται για τύπους καρκίνου που είναι εντοπίσιμοι και δεν έχουν ενδείξεις μετάστασης πέρα από τους επιχώριους λεμφαδένες. Περιλαμβάνει την ευρεία τοπική εκτομή του νεοπλάσματος, τον χειρουργικό καθαρισμό της μασχάλης με τους λεμφαδένες-φρουρούς και την ακτινοθεραπεία για μετά την επέμβαση (Garden et al., 2012).

Η χειρουργική εκτομή του μαστού περιλαμβάνει ογκεκτομή, με την εκτομή της θωρακικής περιτονίας, των ιστών και του δέρματος περιλαμβάνοντας και την κοιλότητα της μασχάλης. Ακολουθείται η βιοψία του μαστού, του λεμφαδένα φρουρού και ο λεμφαδενικός καθαρισμός της μασχάλης. Επιλέγεται συνήθως όταν δεν μπορεί να εφαρμοστεί η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή και πραγματοποιείται σε ασθενείς με υψηλό κίνδυνο υποτροπής. Τέλος διάφοροι τύποι μαστεκτομής πέραν της απλής ή ολικής είναι η ριζική μαστεκτομή, η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, η μαστεκτομή που εξοικονομεί το δέρμα, η μαστεκτομή που εξοικονομεί τη θηλή και η προφυλακτική μαστεκτομή (Dave et al., 2019).

Τα περισσότερα χρόνια του εικοστού αιώνα, η συνήθης χειρουργική επέμβαση που εφαρμοζόταν για τον καρκίνο του μαστού περιλάμβανε και την αφαίρεση όλων των μασχαλιαίων λεμφαδένων επιπέδου I και II, καθώς με την εξάπλωση στους λεμφαδένες ο καρκίνος του μαστού είναι πιθανότερο να βρεθεί πέρα από τα όρια του στήθους. Αυτή η τεχνική απομακρύνει αποτελεσματικά τους λεμφαδένες, αλλά συνδέεται επίσης με σημαντική νοσηρότητα όπως δυσλειτουργία του ώμου και πιθανό λεμφοίδημα του βραχίονα και του μαστού. Η βιοψία των λεμφαδένων φρουρών έχει αντικαταστήσει τον καθαρισμό σε πολλές περιπτώσεις, αφού γίνεται λιγότερη λεμφαδενική εκτομή και προκύπτουν λιγότερες επιπλοκές. Ο μασχαλιαίος λεμφαδενικός καθαρισμός λαμβάνει χώρα όταν κατά τη βιοψία ανακαλυφθούν μεταστάσεις άνω των 0,2mm, ενώ η τεχνική του ανοσοϊστοχημικού ελέγχου με κυτοκερατίνη για την ανίχνευση μεταστάσεων, φαίνεται να μην είναι σταθερή διαγνωστική μέθοδος (Dave et al., 2019 ; Casciato & Territo, 2017).

2.9.2. Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία αλλά και η στοχευμένη θεραπεία χρησιμοποιούνται σε μια πληθώρα κλινικών περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού με διαφορές ακόμη και εντός του επικουρικού ή μεταστατικού περιβάλλοντος. Διατίθεται μεγάλη ποικιλία φαρμάκων και πάνω από πενήντα διαφορετικά σχήματα χημειοθεραπείας για τη θεραπεία. Συνήθως τα ίδια

φάρμακα χρησιμοποιούνται στο ανοσοενισχυτικό και μεταστατικό περιβάλλον (Jacob et al., 2021).

Τα κυτταροτοξικά φάρμακα είναι τα φάρμακα που δρουν κατά των καρκινικών κυττάρων με δύο βασικούς τρόπους, είτε σκοτώνοντας τα διαιρούμενα καρκινικά κύτταρα, είτε παρεμβαίνοντας στην αναπαραγωγή των κυττάρων, γι' αυτό και εξαλείφουν ή ελέγχουν την ανάπτυξη καρκινικών κυττάρων. Ωστόσο, η χημειοθεραπεία δεν μπορεί να κάνει διάκριση μεταξύ φυσιολογικών και κακοήθων κυττάρων, έτσι ένα κυτταροτοξικό φάρμακο που εισάγεται στο σώμα, θα επιτεθεί όχι μόνο στα καρκινικά κύτταρα, αλλά και στα κύτταρα που πολλαπλασιάζονται ως μέρος της φυσιολογικής διαδικασίας επισκευής και αντικατάστασης (Lennan, 2011).

Η χημειοθεραπεία κατέχει σημαντικό ρόλο στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Η επιλογή της καθορίζεται από τον στόχο της θεραπείας, αλλά επηρεάζεται σαφώς από την ηλικία, την κατάσταση απόδοσης, την κατάσταση του ορμονικού υποδοχέα και το στάδιο της νόσου. Οι τρέχουσες προσεγγίσεις χημειοθεραπείας περιλαμβάνουν την ανοσοενισχυτική χημειοθεραπεία, την επικουρική χημειοθεραπεία, τη χημειοθεραπεία υψηλής δόσης και την παρηγορητική χημειοθεραπεία. Η ανοσοενισχυτική χημειοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως θεραπεία πρώτης γραμμής για μεγάλους ή φλεγμονώδεις όγκους του μαστού. Ο στόχος της είναι η συρρίκνωση του όγκου πριν από τη χειρουργική επέμβαση. Αυτό μπορεί να οδηγήσει στην αποφυγή της μαστεκτομής και συχνά καθιστά λειτουργικούς τους μη λειτουργικούς όγκους του μαστού. Η επικουρική χημειοθεραπεία περιλαμβάνει τη χορήγηση χημειοθεραπείας μετά από τοπική θεραπεία για τον όγκο με χειρουργική επέμβαση ή ακτινοθεραπεία. Δηλαδή ο πλήρης όγκος έχει αφαιρεθεί και η χημειοθεραπεία στοχεύει να μειώσει τον κίνδυνο μεταστατικής νόσου φέροντας μεγαλύτερη επιβίωση. Συνήθως χρησιμοποιείται σε ασθενείς με κίνδυνο επιδείνωσης όπως μεταστάσεις στους λεμφαδένες. Η χημειοθεραπεία υψηλής δόσης περιλαμβάνει τη χορήγηση υψηλών δόσεων χημειοθεραπείας ώστε να πραγματοποιηθεί η εξάλειψη του καρκίνου, μερικές φορές με διάσωση βλαστικών κυττάρων. Ωστόσο, μέχρι σήμερα, τα αποτελέσματα των κλινικών δοκιμών δεν επέφεραν κάποιο αξιόλογο αποτέλεσμα. Τέλος η παρηγορητική χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται για τον έλεγχο της νόσου και για την ανακούφιση των συμπτωμάτων που σχετίζονται με την εξάπλωση του καρκίνου, όπως πόνο. Γενικότερα ο στόχος της θεραπείας είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής, ώστε τα οφέλη της θεραπείας να υπερβαίνουν τις παρενέργειες (Lennan, 2011).

2.9.3. Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία ορίζεται ως η χρήση ακτινοβολίας υψηλής ενέργειας με σκοπό την καταστροφή του DNA των καρκινικών κυττάρων και την ικανότητά αυτών να διαιρούνται και να μεγαλώνουν. Η ακτινοβολία επηρεάζει τα καρκινικά κύτταρα καταστρέφοντας το DNA τους, ώστε να μην μπορούν πλέον να διαιρεθούν και να αναπτυχθούν, γι' αυτό και τα καρκινικά κύτταρα είναι πιο ευάλωτα σε αυτό τον τύπο θεραπείας. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να παρέχεται εξωτερικά ή εσωτερικά. Η εξωτερική ακτινοβολία παρέχει ακτίνες υψηλής ενέργειας απευθείας στον όγκο από ένα μηχάνημα έξω του σώματος, ενώ η εσωτερική ακτινοβολία, ή η βραχυθεραπεία, περιλαμβάνει την εμφύτευση μικρής ποσότητας ραδιενεργού υλικού εντός ή κοντά στην περιοχή του καρκίνου (American College of Radiology and the Radiological Society of North America, 2019).

Μετά από τη χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού λόγω διηθητικού καρκίνου, η ακτινοθεραπεία πρέπει να πραγματοποιείται στον μαστό που έχει προσβληθεί. Η ακτινοβόληση του μαστού πρέπει να είναι υποκλασματοποιημένη ή μπορεί να πραγματοποιηθεί σε συμβατικά κλάσματα. Η ακτινοβόληση της περιφερειακής λεμφικής παροχέτευσης βελτιώνει την επιβίωση χωρίς ασθένειες αλλά και τη συνολική επιβίωση σε διάφορες ομάδες ασθενών (Wöckel et al., 2018).

Η επιταχυνόμενη μερική ακτινοβόληση του μαστού (APBI) είναι μια τοπική μορφή ακτινοβολίας που ενδείκνυται μετά από ογκεκτομή στο μέρος του μαστού όπου αφαιρέθηκε ο όγκος και επιλέγεται συνήθως σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού πρώιμου σταδίου. Στη βραχυθεραπεία χρησιμοποιείται υψηλότερη δόση ακτινοβολίας σε μικρότερη περιοχή συγκριτικά με την εξωτερική θεραπεία ακτινοβολίας. Με αυτόν τον τρόπο η ακτινοβολία βλέπει όσο το δυνατόν λιγότερα φυσιολογικά κύτταρα. Οι προσεγγίσεις βραχυθεραπείας συνήθως παρέχουν λιγότερες δόσεις ακτινοβολίας στο μη εμπλεκόμενο στήθος, την καρδιά και τον πνεύμονα σε σύγκριση με τις τεχνικές εξωτερικής ακτινοβολίας. Επίσης, η ενδοεγχειρητική ακτινοθεραπεία αφορά μία εφάπαξ δόση ακτινοβολίας που περιορίζεται στην περιοχή του όγκου τη στιγμή της επέμβασης και κατέχει σημαντικό ρόλο στην απόφαση των ασθενών να υποβληθούν σε θεραπεία διατήρησης μαστού έναντι μαστεκτομής. Η ακτινοθεραπεία εξωτερικών ακτίνων προσφέρει κάλυψη του στόχου και δρα με ομοιογένεια, αλλά κατώτερη συμμόρφωση κάτι που αυξάνει τις δόσεις στο μη εμπλεκόμενο στήθος, το δέρμα, την καρδιά και τον πνεύμονα. Τέλος, η υποκλασματοποιημένη ακτινοθεραπεία μπορεί να προσφερθεί με ασφάλεια στις περισσότερες γυναίκες με DCIS ή επεμβατικό καρκίνο του

μαστού πρώιμου σταδίου που αντιμετωπίζεται με συμβατική ακτινοβολήση ολόκληρου του μαστού (Correa et al., 2017 ; Castaneda & Strasser, 2017).

2.9.4. Ορμονοθεραπεία

Διάφοροι τύποι καρκίνου του μαστού επηρεάζονται από ορμόνες, όπως τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη, καθώς τα κύτταρα του καρκίνου του μαστού έχουν υποδοχείς που συνδέονται με αυτά και έτσι αναπτύσσονται. Θεραπείες που δεν επιτρέπουν την προσκόλληση αυτών των ορμονών σε αυτούς τους υποδοχείς ονομάζονται ορμονική ή ενδοκρινική θεραπεία και συνιστάται σε γυναίκες με όγκους που είναι θετικοί στους υποδοχείς ορμονών. Η ορμονική θεραπεία χρησιμοποιείται συνήθως μετά τη χειρουργική επέμβαση για την μείωση υποτροπής, αν και ορισμένες φορές αρχίζει πριν από τη χειρουργική επέμβαση, μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί και για τη θεραπεία του καρκίνου που έχει επανέλθει ή που έχει εξαπλωθεί σε άλλα μέρη του σώματος (The American Cancer Society 2019).

Η ταμοξιφαίνη, ονομάζεται επιλεκτικός διαμορφωτής του υποδοχέα των οιστρογόνων, αφού αποκλείει τους υποδοχείς οιστρογόνων στα κύτταρα του καρκίνου του μαστού και δρα σαν αντι-οιστρογόνο. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία γυναικών με καρκίνο του μαστού που βρίσκονται πριν ή μετά την εμμηνόπαυση. Ανάλογα με την κατάσταση της εμμηνόπαυσης μιας γυναίκας, η ταμοξιφαίνη μπορεί να έχει διαφορετικά αποτελέσματα στα οστά. Το Toremifene είναι ένα άλλο φάρμακο που λειτουργεί με παρόμοιο τρόπο, αλλά χρησιμοποιείται λιγότερο συχνά και έχει εγκριθεί μόνο για τη θεραπεία του μεταστατικού καρκίνου του μαστού σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Το Fulvestrant είναι ένα φάρμακο που μπλοκάρει και καταστρέφει τους υποδοχείς οιστρογόνων. Δρα σαν αντι-οιστρογόνο σε όλο το σώμα και είναι πλέον εγκεκριμένο μόνο για χρήση στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Τέλος οι αναστολείς αρωματάσης είναι φάρμακα που σταματούν την παραγωγή οιστρογόνων. Είναι γνωστό ότι πριν την εμμηνόπαυση, τα περισσότερα οιστρογόνα παράγονται από τις ωοθήκες, σε άλλες όμως περιπτώσεις που οι ωοθήκες δεν λειτουργούν, εξακολουθεί να υπάρχει μικρή ποσότητα οιστρογόνων στον λιπώδη ιστό από το ένζυμο αρωματάση. Αυτά τα φάρμακα είναι χρήσιμα σε γυναίκες που βρίσκονται μετά την εμμηνόπαυση, αλλά μπορούν και να χρησιμοποιηθούν σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες σε συνδυασμό με καταστολή των ωοθηκών (The American Cancer Society, 2019).

2.9.5. Ανοσοθεραπεία

Το ανοσοποιητικό σύστημα αναγνωρίζει τα καρκινικά κύτταρα ως ξένα, όμως τα καρκινικά κύτταρα έχουν αναπτύξει τρόπους απόκρυψης, καταστολής ακόμη και φθοράς του

ανοσοποιητικού συστήματος. Το ανοσοποιητικό σύστημα μπορεί να μην προσβάλλει τα καρκινικά κύτταρα επειδή δεν μπορεί να τα αναγνωρίσει. Η ανοσοθεραπεία στοχεύει να χρησιμοποιήσει την ανοσοαπόκριση ενός ατόμου για τη θεραπεία του καρκίνου του είτε ενεργοποιώντας άμεσα το ανοσοποιητικό σύστημα είτε αναστέλλοντας μηχανισμούς καταστολής του καρκίνου. Οι γενικοί τύποι ανοσοθεραπείας περιλαμβάνουν παράγοντες διέγερσης ιντερφερόνης, ιντερλευκίνης και αποικίας (κυτοκίνες), οι οποίοι ενεργοποιούν το ανοσοποιητικό σύστημα για να επιτεθούν στον καρκίνο, επειδή όμως δεν είναι συγκεκριμένες η ενεργοποίησή τους μπορεί να προκαλέσει σοβαρές παρενέργειες. Η ανοσοθεραπεία έχει εξελιχθεί τα τελευταία χρόνια και έχει γίνει πιο στοχευμένη. Παραδείγματα στοχευμένης ανοσοθεραπείας αφορούν αναστολείς σημείου ελέγχου, CAR T κύτταρα και εμβόλια (Disis & Stanton, 2018).

2.10. Αποκατάσταση του μαστού

Η αποκατάσταση του μαστού μετά την μαστεκτομή αποτελεί μια εξαιρετική επιλογή για τις ασθενείς, καθώς βελτιώνει την φυσική, ψυχολογική και κοινωνική τους κατάσταση και τα τελευταία χρόνια το μεγαλύτερο μέρος των γυναικών μένουν ικανοποιημένες από το αισθητικό αποτέλεσμα. Η μαστεκτομή κατέχει αποτελεί ένα πολύ σημαντικό κομμάτι της θεραπείας του καρκίνου και γι' αυτό τον λόγο οι ασθενείς συχνά καλούνται να αποφασίσουν αν θα συνεχίσουν στην χειρουργική αποκατάσταση του μαστού ή όχι. Επίσης η προληπτική μαστεκτομή που γίνεται έπειτα από γενετικό τεστ για την ύπαρξη των γονιδίων BRCA έχει αυξήσει το ποσοστό των αποκαταστάσεων. Σημαντικό είναι να σημειωθεί πως η ανασυγκρότηση του στήθους βοηθάει στην θεραπεία οπών στο δέρμα που παρουσιάζουν δυσκολία στην επούλωση και ελκών που δημιουργούνται από την ακτινοθεραπεία. Υπάρχουν δυο είδη αποκατάστασης, η αποκατάσταση με επιθέματα και η αποκατάσταση με κρημνούς. Ο πλαστικός χειρουργός είναι εκείνος που θα ενημερώσει σε βάθος την ασθενή ώστε να καταλήξουν σε μια κοινή απόφαση για το ποιον τύπο θα επιλέξουν να ακολουθήσουν (Lee & Sheckter, 2018; Serletti et al., 2011).

2.10.1. Αποκατάσταση με επιθέματα

Τα εμφυτεύματα είναι δημιουργημένα από σιλικόνη, αποτελούν την πιο συχνή επιλογή τύπου αποκατάστασης και δεν υπάρχουν ενδείξεις δημιουργίας νόσων μετά την χρήση τους για την αποκατάσταση των μαστών. Αυτός ο τύπος αναδημιουργίας των μαστών γίνεται σε δύο στάδια, αρχικά τοποθετείται διατατήρας ιστών που προκαλεί διάταση των ιστών του

θώρακα αμέσως μετά την μαστεκτομή, έπειτα γίνονται ενέσεις με ειδικό ορό μέχρι να επιτευχθεί το επιθυμητό μέγεθος και τέλος αφαιρείται ο διατατήρας και εφαρμόζονται τα μόνιμα επιθέματα που θα έχουν το μέγεθος και το σχήμα που επιθυμεί η ασθενής. Αυτές οι πλαστικές χειρουργικές επεμβάσεις δεν χρειάζονται την χρήση υγιές ιστού από άλλο μέρος του σώματος της ασθενούς γεγονός που οδηγεί στην μείωση του αριθμού των ουλών, διαρκούν μια με δυο ώρες και χρήζουν λιγότερου χρόνου ανάκαμψης της υγείας της ασθενούς (Lee & Sheckter, 2018).

2.10.2. Αποκατάσταση με κρημνούς

Η αναδημιουργία του μαστού με την χρήση κρημνών περιλαμβάνει την μετακίνηση υγιών ιστών, με διατήρηση της ροής του αίματος. Τα σημεία από τα οποία μπορεί να γίνει η λήψη δέρματος και μυών είναι ο εγκάρσιος μυοδερματικός κρημνός του ορθού κοιλιακού μυός, ή ο πλατύς ραχιαίος μυς. Η διαδικασία χρήσης του κρημνός του ορθού κοιλιακού μυός είναι αρκετά εύκολη να εκτελεστεί, όμως θυσιάζει ολόκληρο τον κοιλιακό μυ και κατά συνέπεια να αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης κηλών και εξογκωμάτων στο σημείο. Η μεταφορά ιστών από το ένα σημείο του σώματος σε ένα άλλο απαιτεί την χρήση μικροχειρουργικών τεχνικών, λόγω της διαίρεσης και έπειτα της επανασύνδεσης των αιμοφόρων αγγείων. Η χρήση του κοιλιακού μυ είναι η συνηθέστερη επιλογή ανάμεσα στις ασθενείς και τους θεράποντες ιατρούς τους, λόγω της σχετικά εύκολης ανατομικής του θέσης, της διαθεσιμότητας του, του βελτιωμένου κοιλιακού περιγράμματος μετά το χειρουργείο, και της δυνατότητας του να δημιουργεί ένα φυσικό φαινομενικά μαστό. Από την άλλη μεριά ο πλατύς ραχιαίος μυς είναι εξίσου αξιόπιστος και εύκολος να μεταφερθεί, όμως χρειάζεται την χρήση εμφυτεύματος για να παρέχει τον επιθυμητό όγκο. Όμως εξελίξεις στην χειρουργική έχουν επιτρέψει την χρήση κρημνών του πτερύγιο κατώτερης επιγαστρικής αρτηρίας και των διατριπαινόντων αγγείων των εν τω βάθει κάτω επιγαστρικών αγγείων, γεγονός που οδηγεί στην μεταφορά ιστών αλλά όχι μυών. Ιστοί που χρησιμοποιούνται λιγότερο συχνά είναι οι γλουτοί, οι μηροί και οι γοφοί. Τέλος το χειρουργείο αποκατάστασης με την χρήση κρημνών διαρκεί 4 με 10 ώρες και η ασθενής θα πρέπει να παραμείνει στο νοσοκομείο για 3 με 5 ημέρες (Lee & Sheckter, 2018).

2.10.3. Αποκατάσταση Θηλής

Την αποκατάσταση του στήθους ακολουθεί η αναδημιουργία της θηλής και της θηλαία; άλω, ώστε να ολοκληρωθεί η εικόνα σώματος. Υπάρχουν πολλές τεχνικές μέσα στις οποίες εντάσσεται η χρήση ιστού από τα μεγάλα και τα μικρά χείλη του αϊδίου, τους γλουτούς, την

βουβωνική χώρα, τους μηρούς, τους λοβούς, τα άνω βλέφαρα, και από τον στοματικό βλεννογόνο. Παρά το πλήθος των τεχνικών που ποικίλουν, η κάθε μια από αυτές ακολουθεί τις ίδιες αρχές ώστε το αποτέλεσμα να συμβαδίζει τις επιθυμίες της ασθενούς για το μέγεθος, την υφή, το χρώμα και την εικόνα. Πολλές από τις πρώτες τεχνικές παρουσίασαν προβλήματα με το πέρασμα το χρόνου στην εικόνα, την αντοχή και το ταίριασμα των χρωμάτων. Σήμερα χρησιμοποιείται ευρέως η αναδιαμόρφωση των ήδη τοποθετημένων κρημνών για να δημιουργηθεί η ζητούμενη υφή και εικόνα και στην συνέχεια ακολουθεί η χρώση τους με την χρήση τατουάζ. Η αναδιαμόρφωση τους γίνεται μετά το πέρασμα τριών με τεσσάρων μηνών, για να έχει προηγηθεί η πλήρης επούλωση τους και το αποτέλεσμα να είναι άρτιο και ομοιόμορφο. Η αναδημιουργία της θηλής και της θηλαίας άλω μπορεί να γίνει ταυτόχρονα με τον μαστό, όμως δεν συνηθίζεται. Η ιατρική κοινότητα έχει δείξει αύξηση ενδιαφέροντος και ερευνών για την μαστεκτομή με διατήρηση της θηλής. Το 70% των γυναικών ήταν ικανοποιημένες από την εικόνα των θηλών τους, παρ' αυτά αρκετές έχασαν την διέγερση και την αίσθηση τους μετά από την μαστεκτομή. Συχνή είναι και η ασυμμετρία των θηλών μετά την αποκατάσταση του μαστού, και τέλος η νέκρωση της θηλής εμφανίζεται στο 6% των γυναικών (Serletti et al, 2011).

2.10.4. Χρόνος αποκατάστασης

Η άμεση αποκατάσταση του μαστού αμέσως μετά την μαστεκτομή προτιμάτε από τις περισσότερες ασθενείς και κυρίως από τις ασθενείς που δεν λαμβάνουν ακτινοβολία. Η ανασυγκρότηση του μαστού κατά την διάρκεια της μαστεκτομής προσφέρει την δυνατότητα αποφυγής υποβολής της ασθενούς σε περεταίρω χειρουργικές επεμβάσεις και την ανάρρωση της με μια μόνο νοσηλεία (Sbitany et al., 2018).

Στην περίπτωση που η ασθενής έχει προγραμματισμένες ακτινοθεραπείες μετά την μαστεκτομή, υπάρχει αρκετά μεγάλο ποσοστό παρουσίασης παρενεργειών και βλαβών στο αναδημιουργημένο στήθος (14%-50%). Η ανασυγκρότηση πριν τις ακτινοθεραπείες είναι εφικτή, όμως πρέπει η γυναίκα να ενημερωθεί για τα προβλήματα που μπορεί να προκύψουν, όπως μόλυνση ή νέκρωση κυττάρων. Γι' αυτό τον λόγο προτιμάται η ανοικοδόμηση του μαστού μετά την ολοκλήρωση της ακτινοθεραπείας της ασθενούς. Η επιλογή αυτή συνεπάγεται με μείωση του κινδύνου κατά 72% καθώς η ανασυγκρότηση γίνεται με την μεταφορά υγιές ιστού στο μαστό, έχοντας έτσι μεγαλύτερες πιθανότητες για καλύτερη και γρηγορότερη επούλωση (Sbitany et al., 2018).

2.11. Λεμφοίδημα

Το λεμφικό σύστημα αποτελείται από όργανα όπως λεμφαδένες, αμυγδαλές, θύμο αδένες και σπλήνα, τα οποία συνδέονται μέσω δικτύου λεμφικών αγγείων που τρέχουν παράλληλα με τη φλεβική κυκλοφορία. Έχει τρεις κύριες λειτουργίες, οι οποίες είναι η αποστράγγιση της περίσσειας του διάμεσου υγρού, η απορρόφηση λίπους και η ανοσολογική παρακολούθηση. Το διάμεσο υγρό είναι το τμήμα του υγρού που διαρρέει από τα τριχοειδή αγγεία αίματος στους χώρους των ιστών. Το 90% περίπου απορροφάται ξανά μέσω της φλεβικής κυκλοφορίας και επιστρέφει στη ροή του αίματος, ενώ το υπόλοιπο του διάμεσου υγρού έχει σχετικά υψηλή συγκέντρωση πρωτεϊνών και αποστραγγίζεται από τυφλά λεμφικά τριχοειδή αγγεία. Όταν το διάμεσο υγρό που περιέχει υψηλή συγκέντρωση πρωτεϊνών εισέλθει στα λεμφικά τριχοειδή αγγεία, αναφέρεται ως λέμφος, η οποία τελικά επανεισέρχεται στο κυκλοφορικό σύστημα κοντά στο σημείο όπου το περιφερικό φλεβικό αίμα εισέρχεται στην καρδιά. Η κανονική λεμφική ροή είναι 2 L έως 3 L την ημέρα (Grada & Phillips, 2017).

Η μείωση της ικανότητας αποστράγγισης που προκαλείται από απόφραξη ή λεμφική υποπλασία οδηγεί σε συσσώρευση του διάμεσου υγρού και σε οίδημα ιστού γνωστό ως λεμφοίδημα. Ως συνέπεια η μείωση του οξυγόνου οδηγεί σε χρόνια φλεγμονή και αντιδραστική ίνωση ιστού. Το λεμφικό σύστημα έχει σημαντικό ρόλο στην ανοσολογική λειτουργία, καθώς η κυκλοφορία λεμφαδένων μεταφέρει διάφορα αντιγόνα και ενεργοποιημένα κύτταρα που παρουσιάζουν αντιγόνο στους λεμφαδένες για να δημιουργήσει την ανοσολογική απόκριση. Το δέρμα αποτελείται από λεμφικά τριχοειδή αγγεία, γι' αυτό και οι ασθενείς με λεμφοίδημα είναι ευαίσθητοι σε υποτροπιάζουσες δερματικές λοιμώξεις. Η χρόνια φλεγμονή και η επακόλουθη ίνωση των μαλακών μορίων στο λεμφοίδημα έχει αποδοθεί στην ανοσολογική απόκριση TH2 που ξεκίνησε εξαιτίας της λεμφικής στάσης (Grada & Phillips, 2017).

Το λεμφοίδημα ταξινομείται σε πρωτογενείς και δευτερογενείς τύπους, αναλόγως την αιτία και την παρουσία υποκείμενης νόσου. Το πρωτοπαθές λεμφοίδημα είναι συγγενές ή άγνωστης προέλευσης και μπορεί να προκαλείται από ανωμαλία στη λεμφική αγγειακή δομή ή λειτουργία. Η συνηθέστερη ταξινόμηση του πρωτοπαθούς λεμφοιδήματος βασίζεται στο χρονοδιάγραμμα της εμφάνισης του. Αντιθέτως το δευτερεύον προκαλείται από εξωγενή διαταραχή της λεμφικής μεταφοράς, όπως λοίμωξη, τραύμα ή αντικαρκινική θεραπεία συμπεριλαμβανομένων χειρουργικών επεμβάσεων καρκίνου, ακτινοθεραπείας και

χημειοθεραπείας. Ο καρκίνος του μαστού συνδέεται με την εμφάνιση δευτερογενούς λεμφοιδήματος του άνω άκρου (Mikami et al., 2019 ; Garza et al., 2017).

Μία από τις αιτίες λεμφοιδήματος των άνω άκρων όπως αναφέρθηκε είναι ο καρκίνος του μαστού και η θεραπεία του. Η μασχάλη έχει περίπου 20 έως 30 λεμφαδένες και λαμβάνει αποστράγγιση από το 75% του μαστού, περιοχές της άνω πλάτης και του ώμου, του κάτω λαιμού, του στήθους και του άνω αντεροκοιλιακού κοιλιακού τοιχώματος. Ο καρκίνος του μαστού, ανάλογα με το στάδιο και άλλους παράγοντες, μπορεί να αντιμετωπιστεί χειρουργικά με ή χωρίς τη συμμετοχή των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Η χειρουργική επέμβαση του μασχαλιαίου λεμφαδένα περιλαμβάνει ανατομή των μασχαλιαίων λεμφαδένων (ALND) ή βιοψία των λεμφαδένων φρουρών (SLNB). Η ALND περιλαμβάνει συνήθως την αφαίρεση των κόμβων επιπέδου I και II, ενώ η SLNB περιλαμβάνει την αφαίρεση των λεμφαδένων που προσδιορίζονται ως ο πρώτος κόμβος που λαμβάνουν λεμφική αποστράγγιση από το σημείο του όγκου και θα πρέπει να είναι η πρώτη θέση της λεμφικής εξάπλωσης (Ayre & Parker, 2019).

Με βάση τη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού, τη συχνότητας της χειρουργικής επέμβασης στη μασχάλη, της ακτινοβολήσης καθώς και του μεγάλου αριθμού επιζώντων από την ασθένεια, φαίνεται ότι το λεμφοίδημα που σχετίζεται με τον καρκίνο του μαστού έχει μελετηθεί περισσότερο από όλα τα λεμφοιδήματα που σχετίζονται με τον καρκίνο. Αν και η πλειονότητα των γυναικών εμφανίζει ήπιο λεμφοίδημα, με πρώιμα συμπτώματα, ωστόσο συσχετίζεται με υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης μέτριου έως σοβαρού λεμφοιδήματος. Η συχνότητα εμφάνισης ποικίλλει και εξαρτάται από τον τύπο της θεραπείας που λαμβάνεται, με τους ασθενείς που υποβάλλονται σε αξονική ανατομή λεμφαδένων να έχουν την υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης. Τέλος, ασθενείς με άλλους συμπαγείς όγκους που απαιτούν θεραπεία που επηρεάζει αρνητικά τη λεμφική λειτουργία διατρέχουν επίσης σημαντικό κίνδυνο ανάπτυξης λεμφοιδήματος (Shaitelman et al., 2015).

Εκτός από τη χειρουργική επέμβαση των μασχαλιαίων λεμφαδένων που αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση λεμφοιδήματος που σχετίζεται με τον καρκίνο του μαστού, φαίνεται ότι και η ακτινοθεραπεία αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου με ποσοστά 2% έως 5%, ακόμη και ελλείψει χειρουργικής επέμβασης λεμφαδένων. Οι περιοχές-στόχοι για την ακτινοθεραπεία εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες και περιλαμβάνουν ολόκληρο το στήθος, το μερικό στήθος και τους περιφερειακούς λεμφαδένες. Ολόκληρη η ακτινοθεραπεία μαστού περιλαμβάνει γενικά τη θεραπεία ολόκληρου του μαστού με

τροποποιήσεις των ορίων ανάλογα με το αν η ασθενής έχει υποβληθεί σε μαστεκτομή έναντι ογκεκτομής. Η μερική ακτινοβολία του μαστού στοχεύει σε μια περιορισμένη περιοχή του μαστού. Η περιφερειακή ακτινοβολία, είναι θεραπεία σε συγκεκριμένες περιφερειακές λεκάνες μόνο ή σε συνδυασμό με την ολική ανάλογα την έκταση της νόσου. Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός έρευνας και θεραπείας του καρκίνου έδειξε ότι η ακτινοθεραπεία ή χειρουργική δοκιμή αποφέρει μεγαλύτερο κίνδυνο λεμφοιδήματος σε ασθενείς με ανατομή μασχαλιαίων λεμφαδένων και ολική ακτινοθεραπεία, ενώ μικρότερο κίνδυνο έχουν ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε βιοψία των λεμφαδένων φρουρών, ολική ακτινοβολία του μαστού ή περιφερειακή ακτινοβολία. Έδειξε επίσης ότι η αξονική ακτινοθεραπεία παρέχει βοηθητικό έλεγχο σε σύγκριση με την ολοκλήρωση της ανατομής των μασχαλιαίων λεμφαδένων μετά από θετική βιοψία των λεμφαδένων φρουρών. Τέλος η ακτινοβολία στην αξονική σχετίζεται με 2 έως 4,5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο λεμφοιδήματος και 8 έως 10 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο όταν ένας ασθενής λαμβάνει ανατομή μασχαλιαίων λεμφαδένων και ακτινοθεραπεία (Ayre & Parker, 2019 ; Donker et al., 2014).

Τέλος, δεν υπάρχει συγκεκριμένη θεραπεία για το λεμφοίδημα, αλλά είναι δυνατό να ελεγχθούν τα κύρια συμπτώματα χρησιμοποιώντας τεχνικές για την ελαχιστοποίηση της συσσώρευσης υγρών και την τόνωση της ροής υγρού μέσω του λεμφικού συστήματος. Αυτές περιλαμβάνουν τη χρήση ενδυμάτων συμπίεσης, την καλή φροντίδα του δέρματος, την άσκηση, την υγιεινή διατροφή και τη χρήση εξειδικευμένων τεχνικών μασάζ. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η χειρουργική επέμβαση μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία του λεμφοιδήματος. Υπάρχουν τρεις κύριοι τύποι χειρουργικής επέμβασης για την πάθηση και είναι η αφαίρεση τμημάτων περίσσειας δέρματος και υποκείμενου ιστού, η λιποαναρρόφηση και η λεμφαδενική αναστόμωση. Αυτές οι θεραπείες στοχεύουν στη μείωση του μεγέθους των περιοχών του σώματος που επηρεάζονται από το λεμφοίδημα (NHS 2019).

2.12. Οστεοπόρωση

Η οστεοπόρωση είναι μια συστηματική ασθένεια, η οποία χαρακτηρίζεται από χαμηλή οστική μάζα και οστική πυκνότητα με σταδιακή αύξηση της ευθραυστότητας και της ευαισθησίας του οστού στο κάταγμα (McClung et al., 2018).

Το μεγαλύτερο μέρος της οστικής μάζας καθορίζεται κυρίως από κληρονομικούς παράγοντες, αλλά μπορεί να επηρεαστεί και από τον τρόπο ζωής, υγείας και από περιβαλλοντικούς παράγοντες. Το 90% της οστικής μάζας δημιουργείται κατά την περίοδο της παιδικής και της εφηβικής ηλικίας, κάτι που φαίνεται να συμβάλλει στον κίνδυνο

οστεοπόρωσης. Η εμμηνόπαυση επίσης με την έντονη μείωση των οιστρογόνων προκαλεί μια περίοδο ταχείας απώλειας οστικής μάζας στις γυναίκες, με τελικό αποτέλεσμα την απώλεια 6-7% των οστών. Η αναδιαμόρφωση και η επιδιόρθωση των οστών επιτελείται μέσω της απορρόφησης, η οποία ελέγχεται από οστεοκλάστες και τον σχηματισμό των οστών ο οποίος ελέγχεται από οστεοβλάστες. Τέλος, η άσκηση, η βιταμίνη D και το ασβέστιο είναι σημαντικά για την υγεία των οστών, καθώς η ανεπάρκεια της βιταμίνης D έχει ως αποτέλεσμα να κάνει το οστό πιο επιρρεπές σε κατάγματα και η παρατεταμένη ανεπάρκεια ασβεστίου να οδηγεί σε οστεοπόρωση (Loudon, 2020).

Ο καρκίνος του μαστού και η οστεοπόρωση είναι δυο αλληλένδετες χρόνιες ασθένειες που εμφανίζονται στις γυναίκες και σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με την ηλικία. Κοινές θεραπείες για τον καρκίνο του μαστού, όπως οι αναστολείς αρωματάσης στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και διάφοροι τύποι χημειοθεραπειών στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, προκαλούν απώλεια οστών που μπορεί να οδηγήσει σε οστεοπόρωση. Συγκεκριμένα, η οστεοπόρωση έχει μια μακροπρόθεσμη επίδραση καθώς εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της θεραπείας και εκτείνεται μετά από αυτή, αλλά και μια καθυστερημένη δράση αφού εμφανίζεται μετά τη λήξη των θεραπειών κατά του καρκίνου του μαστού. Για την αντιμετώπιση της απαιτείται ειδική φαρμακολογική παρέμβαση ανάλογα με την οστική μάζα, τους κλινικούς παράγοντες, καθώς και την φάση της εμμηνόπαυσης της γυναίκας. Τέλος το οποιοδήποτε θεραπευτικό σχήμα θα πρέπει να συνεχιστεί τουλάχιστον μέχρι να ολοκληρωθεί το πρόγραμμα θεραπείας για τον επικουρικό καρκίνο του μαστού ώστε να προληφθούν περεταίρω ζημιές στα οστά (Shapiro, 2020 ; Pascou et al., 2019).

2.13. Μετάσταση

Η σοβαρότερη μορφή του καρκίνου του μαστού είναι ο μεταστατικός καρκίνος. Στην περίπτωση αυτή τα καρκινικά κύτταρα σε αντίθεση με τα φυσιολογικά, εγκαταλείπουν το στήθος και εξαπλώνονται σε άλλες περιοχές του σώματος. Η διαδικασία αυτή της μετάστασης ακολουθεί συχνά ένα συγκεκριμένο μοτίβο, ξεκινώντας με τοπική εισβολή στον περιβάλλοντα ιστό, ύστερη εξάπλωση στο αίμα και στα λεμφικά αγγεία και τελικά διάδοση των καρκινικών κυττάρων στα περιφερικά όργανα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αυξάνεται σημαντικά το φορτίο του όγκου και συχνά να οδηγεί σε σημαντικά προβλήματα υγείας ως και θανατηφόρα διάγνωση. Όταν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί σε ένα κοντινό μέρος του σώματος όπως οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες τότε ονομάζεται τοπική μετάσταση. Μπορεί επίσης να

αναφερθεί και ως τοπική/περιφερειακή ασθένεια ή τοπικά επεμβατική ή τοπικά προχωρημένη. Αντιθέτως αν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί σε ένα απομακρυσμένο μέρος του σώματος από τον πρωτογενή όγκο, τότε ονομάζεται μακρινή μετάσταση. Τέλος οι συνηθέστερες περιοχές που μπορεί να γίνει η μετάσταση του καρκίνου του μαστού είναι ο εγκέφαλος, η σπονδυλική στήλη, τα οστά και οι πνεύμονες. Αξιοσημείωτο είναι πως ο καρκίνος του μαστού ακόμη και μετά την μετάσταση σε άλλη περιοχή εξακολουθεί να καλείται καρκίνος του μαστού (NCCN, 2020 & McGuire et al., 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1. Ποιότητα ζωής

Ο ορισμός της ποιότητας ζωής έχει αποδειχτεί δυσσεμνήνευτος, παρόλ' αυτά, οι επιστήμονες έχουν συμφωνήσει στην ύπαρξη προσεγγίσεων που την χαρακτηρίζουν, όπως οι ευημερία, οι ανθρώπινες ανάγκες, οι φαινομενολογικές απόψεις και προσδοκίες. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ευημερία είναι η ικανοποίηση των προτιμήσεων, ο ηδονισμός, η ικανοποίηση και η άνθηση της ζωής. Σύμφωνα με τον Hacker (2010) η ποιότητα ζωής καθώς αποτελείται από όλες τις πτυχές της ζωής μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένα πολυδιάστατο φαινόμενο και ο καταλληλότερος κριτής της είναι το ίδιο το άτομο. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 1993 αναφέρθηκε στην ποιότητα ζωής ως οι αξίες και η κουλτούρα ενός ατόμου σε συνδυασμό με τα όνειρα, τις προσδοκίες, τους στόχους, τα δεδομένα και τις ανησυχίες του, δηλαδή τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αυτό αντιλαμβάνεται την θέση του στην ζωή και στον κόσμο (Karimi & Brazier, 2016; WHOQoL Group, 1993).

Έχει προταθεί η ένταξη και αντικειμενικών παραγόντων στον ορισμό της ποιότητας της ζωής ώστε να μην γίνεται εστίαση μόνο στους υποκειμενικούς παράγοντες. Οι Felce και Perry προσπαθώντας να προσθέσουν τους αντικειμενικούς παράγοντες είπαν πως η αντικειμενική περιγραφή και υποκειμενική αξιολόγηση της υλικής, σωματικής, ψυχολογικής, και κοινωνικής ευημερίας σε συνάρτηση με μια σφαιρική ευδαιμονία αποτελούν τον ορισμό της ποιότητας ζωής, που μπορεί να αξιολογηθεί με βάση ένα προσωπικό σύνολο τιμών. Δηλαδή το άτομο μπορεί μονάχα να αξιολογήσει την ποιότητα ζωής του όμως πρέπει πάντα να έχει ένα αντικειμενικό τρόπο σκέψης ώστε να μπορέσει να κρίνει όλους τους παράγοντες που την επηρεάζουν ορθά (Karimi & Brazier, 2016; Felce & Perry, 1995).

3.2. Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία

Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (Health Related Quality Of Life-HRQOL) αναφέρει κυρίως τα ψυχοκοινωνικά και σωματικά προβλήματα που επιφέρει μια ασθένεια ή και θεραπεία της στο άτομο. Η ερμηνεία αυτού του τύπου της ποιότητας ζωής προέρχεται από τον τρόπο αντίληψης και αντίδρασης των ατόμων ως προς την υγεία τους και τους μη ιατρικούς τομείς της ζωής τους, που περιέχουν παράγοντες σχετιζόμενους με την υγεία, όπως τη ψυχική, σωματική, συναισθηματική, λειτουργική ευεξία. Υπάρχουν και παράγοντες που δεν σχετίζονται με την υγεία όπως η δουλειά, η οικογένεια, οι φίλοι, και άλλα γεγονότα και καταστάσεις της ζωής. Γενικότερα η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία

εστιάζει σε μια πιο θετική πλευρά της υγείας, και δεν επικεντρώνεται στα αρνητικά γεγονότα και συναισθήματα που μπορεί να προκαλέσει μια ασθένεια (Lin et al., 2013).

Στο HRQOL έχουν επίδραση οι καταστάσεις της ζωής ενός ατόμου, τα πιστεύω του, οι αντιλήψεις και οι προσδοκίες του για το μέλλον. Όταν γίνεται αναφορά στη ύπαρξη υγείας δεν αναφερόμαστε μονάχα για την απουσία της ασθένειας, αλλά και για την καλή κατάσταση του σώματος, της ψυχικής και κοινωνικής κατάστασης του ατόμου. Το HRQOL περιέχει και την αρνητική και την θετική όψη της υγείας. Οι ασθένειες, οι αναπηρίες, και οι δυσλειτουργίες ανήκουν στην αρνητική πλευρά, ενώ η πλήρης φυσική, ψυχολογική, και κοινωνική λειτουργία και η αποτελεσματικότητα ανήκουν στην θετική πλευρά της ποιότητας ζωής (Lin et al., 2013).

3.3. Η ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την συχνότερη κακοήθεια που διαγιγνώσκεται στις γυναίκες. Ο αριθμός των ατόμων που έχουν νοσήσει από καρκίνο του μαστού και έχουν επιβιώσει πάνω από πέντε χρόνια μετά την διάγνωση τους, αυξάνεται ραγδαία με το πέρασμα των χρόνων, λόγω της έγκυρης διάγνωσης και της συχνότητας εμφάνισης της ασθένειας (Leysen et al., 2017; Ishveen et al., 2012).

Η πλειοψηφία των πασχόντων γυναικών βιώνει σημαντικά σωματικά συμπτώματα, ψυχολογικές μεταπτώσεις, αλλά μπορεί να βρεθεί αντιμετώπη και με κοινωνικές δυσκολίες, γεγονός που δημιουργεί αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής του ατόμου. Η ποιότητα ζωής αποτελείται από κάποιους τομείς, την σωματική λειτουργία, την ψυχολογική ευεξία δηλαδή τα επίπεδα άγχους ή κατάθλιψης του ασθενή, και την κοινωνική υποστήριξη που θα μπορούσε να δέχεται από τα άτομα που βρίσκονται στο κοντινό του περιβάλλον (Villar et al., 2017).

Η εμπειρία του καρκίνου διαφέρει μεταξύ των γυναικών, όμως για όλες τους περιέχει σημαντικές ομοιότητες όπως η διάγνωση, η πρωτογενής θεραπεία, η ψυχολογική διαχείριση των καταστάσεων, η πιθανότητα υποτροπής, η ολοκλήρωση της θεραπείας και η επανένταξή τους στην κοινωνική ζωή και τους ρόλους που έρχονται με αυτήν. Ο τρόπος με τον οποίο η κάθε μια θα χειριστεί τα διαφορετικά στάδια θα έχει και τις ανάλογες επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής της. Οι χημειοθεραπείες αποτελούν ένα καλό παράδειγμα καθώς οδηγούν σε πολλά σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα, ασθενείς έχουν διαγνωστεί ακόμα και με μετατραυματικό στρες μετά την ολοκλήρωση των θεραπειών. Το ποσοστό επιρροής που θα έχει το κάθε στάδιο ξεχωριστά στην ποιότητα ζωής της ασθενούς εξαρτάται από τους μηχανισμούς άμυνας και της ψυχολογικής κατάστασης της ίδιας (Carvalho et al., 2016).

Ο καρκίνος του μαστού δημιουργεί διάφορα συναισθήματα στην ασθενή τα συνηθέστερα από αυτά είναι ο θυμός, η θλίψη, ο πόνος, η ταλαιπωρία και ο φόβος. Πολλοί ασθενείς λόγω ύπαρξης αυτών των συναισθημάτων αποφεύγουν να μιλήσουν στους επαγγελματίες υγείας για τα προβλήματα τους αλλά, και για την ενημέρωσή τους επάνω στην νόσο από την οποία πάσχουν. Τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που μπορεί να προκύψουν στην πορεία επιδεινώνουν τις δυσκολίες των σωματικών προβλημάτων της ασθενούς. Η παρακολούθηση των καρκινοπαθών από ένα ψυχολόγο ίσως και να αποτελεί ορόσημο για να μπορέσει η ασθενής να αποδεχτεί την ασθένεια από την οποία πάσχει, τα συναισθήματα που της προκαλεί, αλλά και για να μπορέσει να θεραπευτεί από διαταραχές που θα την ταλαιπωρούν μετά το πέρας της θεραπείας, όπως κατάθλιψη και διαταραχές άγχους ή φόβου (Villar et al., 2017).

Η διάγνωση του καρκίνου έχει αποδειχτεί πως επιφέρει διάφορες κρίσεις σε ψυχοκοινωνικό αλλά και υπαρξιακό πλαίσιο. Ο μεγαλύτερος αριθμός των γυναικών περνάει μια ψυχολογική δυσφορία, η κάθε μια όμως σε διαφορετικό βαθμό. Εκτιμάται πως η δυσφορία μειώνεται με το πέρασμα του χρόνου μετά την διάγνωση, γεγονός που δεν ισχύει για όλες τις καρκινοπαθείς γυναίκες. Η υποστήριξη και η παρηγοριά από το κοντινό τους περιβάλλον ίσως βοηθήσει στην μείωση της δυσφορίας, στην ποιότητα ζωής, στην δυνατότητα λήψης ορθών αποφάσεων όσον αφορά την θεραπεία, αλλά και την διεκπεραίωση αυτής (Theofilou, 2012).

Ο προγραμματισμός του χειρουργείου, που αποτελεί το αμέσως επόμενο βήμα μετά την διάγνωση, ενδέχεται να προσφέρει κάποιου είδους καθησύχαση στην ασθενή, την ίδια στιγμή όμως θα δημιουργηθούν φόβοι και ερωτήματα σχετικά με την επέμβαση. Σημαντική είναι η ενημέρωσή της για το χειρουργείο και ότι επακολουθήσει μετά από αυτό, για την ψυχολογική ευημερία και ανάρρωση της ασθενούς. Ο χρόνος παραμονής της στο νοσοκομείο θα είναι σύντομος εάν πρόκειται για επέμβαση αφαίρεσης όγκου και μασχαλιαία τομή καθώς τα τελευταία χρόνια έχει εξίσου μειωθεί και ο χρόνος παραμονής μετά την μαστεκτομή. Γι' αυτό τον λόγο είναι αναγκαίο να έχει κάποιον δίπλα της με βασικές γνώσεις φροντίδας, που θα μπορεί να βοηθήσει την ασθενή στο σπίτι, καθώς οι κινήσεις των άνω άκρων είναι περιορισμένες και δεν θα μπορεί να εξυπηρετηθεί, να ντυθεί ή ακόμα και να διαχειριστεί τυχόν χειρουργικές παροχετεύσεις, μόνη της. Αξιοσημείωτο είναι πως έρευνα των Dauplat et al. (2017) έδειξε πως η ποιότητα ζωής των ασθενών ύστερα από την χειρουργική επέμβαση χρειάστηκε έναν χρόνο για να επιστρέψει στο προεγχειρητικό επίπεδο. Μάλιστα, μετά την χειρουργική επέμβαση παρουσιάστηκε συνολική μείωση της ποιότητας ζωής στους πρώτους έξι μήνες (Theofilou, 2012).

Στον καρκίνο του μαστού συναντάμε ένα ευρύ φάσμα θεραπειών, όπως οι ακτινοθεραπείες, οι χημειοθεραπείες που μερικές φορές μπορεί να περιλαμβάνουν ταμοξιφαίνη, η χρήση μόνο ταμοξιφαίνης και οι ορμονικές θεραπείες. Η ασθενής θα πρέπει να γνωρίζει και να κατανοεί όλες τις επιλογές που έχει, όταν επρόκειτο για πάνω από μια, ώστε όταν έρθει η στιγμή να επιλέξει την καταλληλότερη για εκείνη θεραπεία. Η επιλογή αποτελεί μια αρκετά στρεσογόνο κατάσταση και φυσικά γίνεται με την καθοδήγηση του θεράποντα ιατρού, λαμβάνοντας όμως υπόψιν την προσωπική και κοινωνική κατάσταση της. Το μεγαλύτερο μέρος των γυναικών, κατά το διάστημα των τεσσάρων με έξι μηνών που διαρκούν οι θεραπείες, μπορούν να συνεχίσουν κανονικά με τις καθημερινές τους ενασχολήσεις όπως η εργασία, οι οικιακές δουλειές, και η ανατροφή των παιδιών τους. Παρόλο που κατανοούν πως οι θεραπείες αποτελούν μονόδρομο για την βελτίωση της υγείας του και την αποφυγή υποτροπής της νόσου, η ποιότητα ζωής τους ελαττώνεται και αποτελούν εμπόδιο στην σωματική και ψυχολογική ανάκαμψη που προσπαθεί κάθε ασθενείς να επιτύχει μετά την διάγνωση του με καρκίνο του μαστού (Theofilou, 2012).

Ωστόσο η μελέτη των Ου και συν., (2019) διαπίστωσε ότι οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού οι οποίοι επέλεξαν την χημειοθεραπεία εμφανίζουν μειωμένη ποιότητα ζωής, έχοντας να αντιμετωπίσουν χειρότερη λειτουργική υγεία αλλά και τις παρενέργειες των συμπτωμάτων. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας στην ποιότητα ζωής των ασθενών ήταν πιο εμφανείς στα αρχικά στάδια του καρκίνου του μαστού. Τα αποτελέσματα της έρευνας τονίζουν τη σημασία του σχεδιασμού στρατηγικών για την ανακούφιση των ανεπιθύμητων ενεργειών της χημειοθεραπείας και την αποφυγή της χρήσης περιττής χημειοθεραπείας.

3.4. Ποιότητα ζωής με λεμφοίδημα

Ο καρκίνος του μαστού είναι μια ασθένεια όπου η θεραπεία της έχει παρουσιάσει μεγάλη πρόοδο, γεγονός που οδηγεί στην βελτίωση της επιβίωσης των ασθενών. Έτσι, σημαντικό είναι να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην αντιμετώπιση των ύστερων και μακροπρόθεσμων επιπλοκών της θεραπείας που επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής, όπως το λεμφοίδημα. Αυξημένο κίνδυνο για την εμφάνιση του, παρουσιάζουν οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί τόσο σε χειρουργική θεραπεία όσο και σε ακτινοθεραπεία για τον καρκίνο του μαστού. Το λεμφοίδημα μπορεί να προκαλέσει πρήξιμο στο βραχίονα, στον ώμο, στο χέρι ή και στο στήθος (συνήθως στην πλευρά της μαστεκτομής), και έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής μιας γυναίκας αφού επηρεάζει πολλούς τομείς της ζωής της, όπως την ψυχική, σωματική και συναισθηματική της ευεξία. Η συμπτωματολογία της κατάστασης αυτής

περιλαμβάνει την μειωμένη αντοχή της ασθενούς, περιορισμό του εύρους κίνησης, πόνο, καθώς και αίσθημα μούδιασματος ή βάρους στο προσβεβλημένο βραχίονα. Βέβαια, ο σημαντικότερος φυσικός περιορισμός που δημιουργεί το λεμφοίδημα είναι η μείωση της λειτουργίας του προσβεβλημένου άνω άκρου με αποτέλεσμα οι γυναίκες να υποφέρουν από μειωμένη κάμψη αγκώνα και αντοχή στο κράτημα καθώς και περιορισμούς στην απαγωγή μυών. Οι επιπλοκές αυτές έχουν ως αποτέλεσμα οι γυναίκες ενδεχομένως να μην μπορέσουν αν επιστρέψουν στο επίπεδο δραστηριότητας που είχαν πριν διαγνωσθούν με καρκίνο του μαστού. Ακόμη η κατάσταση αυτή δημιουργεί δυσκολίες στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων, όπως η εργασία, η γραφή, οι οικιακές εργασίες καθώς και την ένδυση. Μάλιστα σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Vignes και συν., (2019), αποδείχθηκε πως το λεμφοίδημα του βραχίονα έχει σημαντική και καθοριστική επίδραση στον εργασιακό τομέα, αφού περιορίζει την κινητικότητα του προσβεβλημένου άκρου, όμως δεν επιδρά στις σχέσεις μεταξύ των υγείων συναδέλφων και των ατόμων με λεμφοίδημα και τέλος οι συνάδελφοι μπορεί να προσφέρουν και ψυχολογική υποστήριξη. (Taghian et al., 2014).

Αξιοσημείωτο είναι πως το λεμφοίδημα δεν έχει επιπτώσεις μόνο στην σωματική αλλά και στην ψυχική ευεξία. Το γεγονός ότι προκαλεί σωματική δυσφορία και αναπηρία αλλά και αισθητική παραμόρφωση, οδηγεί συνήθως τις γυναίκες σε αρνητικά συναισθήματα όπως άγχος, κατάθλιψη, θυμό, ενοχή και κοινωνική απομόνωση. Μάλιστα, η σωματική νοσηρότητα των βραχιόνων οδηγεί σε αρνητικές επιπτώσεις στην εικόνα σώματος της ασθενούς, η οποία διαμορφώνει μια αρνητική εσωτερική αντίληψη για την εμφάνισή της, η οποία πολλές φορές ενισχύεται από την εξωτερική κριτική που ενδεχομένως δέχεται. Συνήθως οι γυναίκες παρουσιάζονται με μειωμένη αυτοπεποίθηση, καθώς αισθάνονται μη ελκυστικές, γεγονός που επηρεάζει και την σεξουαλική τους δραστηριότητα. Ακόμη αισθάνονται αμηχανία και ντροπή καθώς είναι ιδιαίτερα περίπλοκο και άβολο να κρύψουν το προσβεβλημένο άνω άκρο κάτω από τα ρούχα κατά τους θερμότερους μήνες του έτους εφόσον η θερμότητα επιδεινώνει το πρήξιμο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η ασθενής να επιλέξει την κοινωνική της απομόνωση, καθώς αδυνατεί να καλύψει το βραχίονα με το λεμφοίδημα. Σε έρευνα που διεξήχθη από τους Eaton και συν., (2020), διαπιστώθηκε ότι πέρα από τα γνωστά ζητήματα ψυχολογικής επίδρασης και ποιότητας ζωής, το λεμφοίδημα είναι μια κατάσταση που επηρεάζει άμεσα τον οικονομικό τομέα, τον κοινωνικό και την σεξουαλικότητα των γυναικών. Μάλιστα, μια αξιοσημείωτη εκτίμηση ήταν και το ότι οι γυναίκες άνω των 60 ετών παρουσιάζουν φτωχότερη λειτουργία του άνω άκρου και χαμηλότερη ποιότητα ζωής (Josephine, 2019 ; Taghian et al., 2014).

Τέλος τα αρνητικά συναισθήματα που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες με λεμφοίδημα, δεν οφείλονται μόνο στο γεγονός ότι αισθάνονται σαν να έχει παραβιαστεί η ταυτότητα τους, αλλά στο γεγονός ότι έχουν την πεποίθηση έλλειψης κατανόησης της κατάστασής τους από το οικογενειακό περιβάλλον και τους φίλους τους. Συγκεκριμένα, πιστεύουν πως οι κοντινοί τους άνθρωποι δεν κατανοούν την σοβαρότητα της πάθησης αυτής, γεγονός που τις οδηγεί σε συναισθήματα απομάκρυνσης και ενοχής, καθώς νιώθουν ότι τους επιβαρύνουν (Taghian et al., 2014).

3.5. Ψυχολογικές διαταραχές και ποιότητα ζωής

3.5.1. Αυτοεικόνα

Οι διαταραχές στην εικόνα που έχει μια γυναίκα για τον εαυτό της, ξεκινούν όταν τα κοινωνικά στερεότυπα που ορίζουν μια γυναίκα δεν συμβαδίζουν με την αυτοεικόνα που έχει η ίδια για τον εαυτό της. Γενικότερα, η εμπειρία μιας γνώριμης αίσθησης του σώματος, του εαυτού και των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων ενώνονται για να δημιουργήσουν το «εγώ». Με βάση το «εγώ» που έχει σχηματιστεί το άτομο θα δράσει και θα αντιμετωπίσει με τον δικό του τρόπο καταστάσεις μέσα στην ζωή. Την στιγμή που η φυσιολογική εικόνα του εαυτού διαταράσσεται από τις αλλαγές που ο καρκίνος προκαλεί στο σώμα, και πιο συγκεκριμένα σε μια γυναίκα νεαρής ηλικίας, η οποία βασίζεται στην ύπαρξη ενός υγιούς, λειτουργικού και δυνατού σώματος, τότε η αυτοεικόνα καταρρέει, διότι παύει να είναι οικεία και ασφαλής (Hungr et al., 2017).

Στην αυτοεικόνα μιας νέας γυναίκας που έχει επιβιώσει από καρκίνο του μαστού, επιρροή παρουσιάζουν τόσο ψυχολογικοί όσο και κοινωνικοί παράγοντες. Οι δύο αυτές έννοιες μπορούν να εξεταστούν ξεχωριστά, όμως είναι σημαντικό να γνωρίζουμε πως η μια αλληλοεπιδρά με την άλλη. Το υγιές σώμα παρέχει στην γυναίκα την αίσθηση της θηλυκότητας και της ελκυστικότητας. Το φυσικό, υπαρκτό σώμα δέχεται μια τεράστια επίδραση από τον τρόπο που η γυναίκα αντιλαμβάνεται τον εαυτό της (Hungr et al., 2017).

3.5.2. Εικόνα Σώματος

Η εικόνα του σώματος ορίζεται από το πως αντιλαμβάνεται και αξιολογεί ο κάθε άνθρωπος το σώμα του. Αυτό περικλείει μια ιδεολογία πως το σώμα είναι αρτιμελές, λειτουργικό και υγιές. Ο καρκίνος του μαστού προκαλεί σημαντικές αναδιαμορφώσεις στο σώμα της γυναίκας, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει στην δημιουργία φοβιών για την ακεραιότητα του, αλλά και να την κάνει ανασφαλής στην αποδοχή και προσαρμογή σε

μελλοντικές αλλαγές που μπορεί να προκύψουν στην ζωή της. Οι καρκινοπαθείς μικρότερης ηλικίας είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν προβλήματα και **δυσαρέσκεια για την εικόνα του σώματος τους μετά την θεραπεία του καρκίνου του μαστού**. Είναι γνωστό πως στις μικρότερες ηλικίες αναπτύσσεται το συναίσθημα της αυτοπεποίθησης και δημιουργείται μια ισχυρή σχέση με τον εαυτό σου και με άτομα γύρω σου. Με αποτέλεσμα οι γυναίκες μικρές σε ηλικία που δέχονται μια τόσο μεγάλη αλλαγή στην σωματική τους δομή λόγω του καρκίνου του μαστού, **βιώνουν μια αίσθηση απώλειας όσον αφορά την φυσική του λειτουργικότητα και ελκυστικότητα, καθώς διαταράσσεται η τόσο σημαντική αναπτυξιακή περίοδος** (Paterson et al., 2016; Bakht et al., 2010; Han et al., 2010).

Οι γυναίκες που επέζησαν καλούνται να **αντιμετωπίσουν σωματικές αλλοιώσεις που δημιουργήθηκαν μετά την θεραπεία του μαστού**. Εκτός από τα **εμφανή προβλήματα όπως η μείωση του ιστού του μαστού μετά την μαστεκτομή, η απώλεια μαλλιών και βάρους κατά την διάρκεια των χημειοθεραπειών, οι αλλαγές στον χρωματισμό του δέρματος λόγω των ακτινοθεραπειών, βιώνουν και αλλαγές που δεν είναι οπτικές όπως η απώλεια αίσθησης στην θηλή, στο στήθος και στην περιφερειακή περιοχή μετά το χειρουργείο**. Οι ραγδαίες αλλαγές στην εικόνα του σώματος της, επηρεάζουν την ασθενή **αρνητικά**, κάνοντας την να πιστεύει πως **χάνει την θηλυκότητα της, τον αισθησιασμό της και της δημιουργούν την εντύπωση πως δεν είναι πλέον ελκυστική**. Συνεπώς τέτοιου είδους σκέψεις και συναισθήματα οδηγούν στην εμφάνιση **ψυχολογικών δυσλειτουργιών, όπως το άγχος, η κατάθλιψη, η κόπωση και το φόβο υποτροπής της νόσου** (Kwait et al., 2016; Liu et al., 2016; Przewdziecki et al., 2013).

Σε έναν ασθενή με καρκίνο οι αλλαγές στην δομή του σώματος λειτουργούν ως μια **καθημερινή υπενθύμιση** του αποδυναμωμένου, άρρωστου, και ευάλωτου σώματος και πως έχουν υπάρξει καρκινοπαθείς. Η συνεχής δυσφορία για την σωματική εικόνα μπορεί να αποτελέσει αιτία στην εμφάνιση δυσμενέστερων συμπτωμάτων, που αποτελούν ακόμα μια υπενθύμιση της ασθένειας από την οποία έπασχε (Hung et al., 2017).

Γνωστό είναι πως οι ασθενείς έχουν χαμηλότερο ποσοστό ψυχολογικών επιπτώσεων όταν διατηρείται ένα μέρος του ιστού του μαστού, όπως συμβαίνει στις **επεμβάσεις διατήρησης μαστού, διότι προκαλούν λιγότερο ορατές αλλαγές, σε αντίθεση με την μαστεκτομή κατά την οποία αφαιρείται τελείως ο ιστός του ενός ή και των δυο μαστών**. Στην περίπτωση που η ασθενής **δεν** μεταβεί σε χειρουργική **αποκατάσταση του μαστού** έπειτα της μαστεκτομής, **αντιμετωπίζει προβλήματα άγχους, δυσαρέσκεια με την εικόνα της και διαταραχές στις σεξουαλικές της σχέσεις**. Τα ανεπιθύμητα συναισθήματα εμφανίζονται σε ένα μεγάλο

ποσοστό γυναικών που δεν υποβλήθηκαν σε μετέπειτα αποκατάσταση και επαναδιαμόρφωση του μαστού. Όμως η ποιότητα ζωής μπορεί να μην επηρεάζεται από τον τύπο χειρουργείου που θα ακολουθήσει η ασθενής, αλλά από ψυχολογικούς παράγοντες που σχετίζονται με την αποδοχή του αποτελέσματος μετά το χειρουργείο. **Ύψιστη σημασία χρήζει και η συμμετοχή της γυναίκας στην επιλογή του είδους του χειρουργείου ώστε να νιώσει ενδυνάμωση και ικανοποίηση με την εικόνα του σώματος της μετά το χειρουργείο** (Hungt et al., 2017).

Έρευνες όπως των Prates και συν., (2017), παρουσιάζουν ότι οι γυναίκες που έχουν υποστεί μαστεκτομή εμφανίζουν δυσαρέσκεια για την εικόνα του σώματός, συνεπώς επηρεάζεται αρνητικά η αυτοεκτίμηση τους, συγκριτικά με τον υγιές πληθυσμό. Επίσης οι Guedes και συν., (2018), ανέφεραν πως οι γυναίκες που συνέχισαν να εργάζονται μετά την θεραπεία του καρκίνου του μαστού είχαν περισσότερες διαταραχές στην αυτοαντίληψη σχετικά με την εξωτερική τους εμφάνιση. Αντιθέτως οι γυναίκες που δεν επέστρεψαν στο εργασιακό περιβάλλον παρουσίασαν αρνητικά συναισθήματα για την εικόνα του σώματος τους.

Επιπλέον όπως έχει προαναφερθεί και όπως έδειξαν και οι έρευνες των Zhou και συν., (2020), Türk & Yilmaz, (2018) και των Pierrisnard και συν., (2017) η μαστεκτομή επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής και την εικόνα σώματος των ασθενών. Η επιλογή του είδους της χειρουργικής επέμβασής χρήζει ύψιστης σημασίας καθώς σύμφωνα με τους Anderson και συν., (2017) οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε αμφοτερόπλευρη προφυλακτική μαστεκτομή ή σε χειρουργική επέμβαση διατήρησης μαστού ανέφεραν πολύ καλύτερη ποιότητα ζωής και εικόνα σώματος σε σύγκριση με τις γυναίκες που διάλεξαν την μαστεκτομή. Τέλος καλύτερη ποιότητα ζωής και εικόνα σώματος έχουμε και μετά την ανοικοδόμηση του μαστού σύμφωνα με τους Archangelo και συν., (2019).

3.5.3. Αλωπεκία

Τα μαλλιά ενός ατόμου αποτελούν την ταυτότητα του, καθώς είναι από τα χαρακτηριστικά του σώματος που μας βοηθούν να δημιουργήσουμε εντυπώσεις και απόψεις για τα άτομα που βρίσκονται γύρω μας. Χρησιμοποιούνται για να εκφράσουν διάφορες πεποιθήσεις και είναι ένας δείκτης χαρακτηριστικών της προσωπικότητας. Για τους ανθρώπους συμβολίζουν την υγεία, την θηλυκότητα ή την αρρενωπότητα, και την **ελκυστικότητα**. Γι' αυτούς τους λόγους **η πτώση και απώλεια τους** μπορεί να οδηγήσει πολλές φορές σε **ψυχοκοινωνικά προβλήματα**, αφού θεωρούν ότι προσελκύουν την προσοχή των υπολοίπων με ανεπιθύμητο τρόπο παραβιάζοντας έτσι την ιδιωτικότητα τους. Η αλωπεκία

αποτελεί δείκτη ύπαρξης καρκίνου του μαστού και πολλές φορές αλλάζει τον τρόπο με τον οποίο ο κόσμος αντιλαμβάνεται τους ασθενείς. Παρόλο που οι χημειοθεραπείες δημιουργούν μια σειρά από συμπτώματα, όπως η κόπωση, ο εμετός και η ναυτία, η αλωπεκία έχει χαρακτηριστεί το χειρότερο ανάμεσα σε όλες της παρενέργειες της θεραπείας, καθώς οδηγεί συχνά τους ασθενείς σε αναβολή της θεραπείας τους αλλά και σε μείωση της αυτοπεποίθησης τους. (Trusson & Pilnick, 2017; Zdenkowski et al., 2016).

Η αλωπεκία αλλάζει σε σημαντικό βαθμό την εικόνα σώματος της ασθενούς με καρκίνο του μαστού. Εκτός από τις αρνητικές επιρροές που έχει στην αυτοπεποίθηση και στην αυτοεκτίμηση της, σημαντικός είναι και ο αντίκτυπος στο κοινωνικό, προσωπικό, ψυχολογικό, εργασιακό επίπεδο και στην ποιότητα ζωής. Με το πέρασμα των χρόνων όμως το νοσηλευτικό προσωπικό αφιερώνει περισσότερο χρόνο στην ψυχολογική και σωματική υποστήριξη σε ασθενείς με αλωπεκία, και εφόσον αυξάνεται ο αριθμός των γυναικών που καλύπτουν την κεφαλή, η μείωση των επιπτώσεων της αλωπεκίας στην ζωή των γυναικών με καρκίνο του μαστού είναι εμφανής. Η μελέτη των Yfantis και συν., (2020) έδειξε ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού έχουν ικανοποιητικό επίπεδο ποιότητας ζωής, καθώς σημειώνονται υψηλές λειτουργικές βελτιώσεις. Όσον αφορά τα συμπτώματα της νόσου τα κυριότερα είναι η κόπωση, η αϋπνία, τα οικονομικά προβλήματα και η τριχόπτωση. Η τριχόπτωση φαίνεται να είναι η λιγότερο επιθυμητή παρενέργεια της θεραπείας, καθώς τα μαλλιά είναι αναπόσπαστο μέρος της γυναικείας ταυτότητας και η απώλεια τους έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής. Η μέτρηση της ποιότητας ζωής παρέχει πολύτιμες πληροφορίες και αποκαλύπτει τους παράγοντες που είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας των ασθενών. Σε αντίθεση έρευνες όπως αυτή των Freitas-Martinez και συν., (2019) έχουν δείξει ότι η αλωπεκία που προκαλείται από την χημειοθεραπεία σχετίζεται με χαμηλή ποιότητα ζωής συγκριτικά με την ορμονοθεραπεία, παρόλο που και οι δυο επιφέρουν σοβαρές επιπτώσεις στην ζωή των ασθενών (Van de Hurk et al., 2010).

Επιπροσθέτως η μελέτη των Kang και συν., (2019) δείχνει ότι η μόνιμη χημειοθεραπεία που προκαλεί αλωπεκία, κυρίως εξαιτίας της ατελούς ανάπτυξης της τρίχας, είναι πολύ συχνή σε ασθενείς με καρκίνο μαστού ακόμη και μετά από 3 χρόνια παρακολούθησης. Αν και η ψύξη του τριχωτού της κεφαλής μπορεί να αποτρέψει την τριχόπτωση, το ποσοστό επιτυχίας δεν είναι ακόμη ικανοποιητικό. Οι ειδικοί οφείλουν να γνωρίζουν ότι τέτοια περιστατικά έχουν αρνητικό αντίκτυπο και ότι πρέπει να αναπτύξουν στρατηγικές υποστηρικτικής φροντίδας για να προετοιμάσουν τους ασθενείς και να μειώσουν τις επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής. Η αλλαγή στην εικόνα του σώματος μπορεί να εμφανίσει κατάθλιψη, χαμηλή λειτουργία στους

κοινωνικούς ρόλους και προβλήματα στη σεξουαλικότητα. Τέλος με βάση την ψυχοκοινωνική επιβάρυνση και τις επερχόμενες επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής εξαιτίας της κακής εικόνας του σώματος, πρέπει να αναπτυχθούν και να εφαρμοστούν αποτελεσματικότερες στρατηγικές διαχείρισης από τους επαγγελματίες υγείας για τη χημειοθεραπεία που προκαλεί αλωπεκία σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού.

3.5.4. Κατάθλιψη και άγχος

Η συχνότητα εμφάνισης διαταραχών της διάθεσης και αγχώδων διαταραχών σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού, έχει μελετηθεί αρκετά και έχει παρατηρηθεί πως το ποσοστό διάγνωσης τους είναι **αρκετά υψηλό**. Μερικές από τις διαταραχές που ανήκουν στην κατηγορία των διαταραχών διάθεσης και βρέθηκαν σε ασθενείς είναι η **μείζονος καταθλιπτική διαταραχή**, η **δυσθυμική διαταραχή**, η **διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση** και οι **μικτές καταθλιπτικές και αγχώδης διαταραχές**. Όσον αφορά τις διαταραχές του **άγχους** διαγνώστηκαν το **σύνδρομο μετατραυματικού στρες**, η **γενικευμένη αγχώδης διαταραχή**, και η **διαταραχή προσαρμογής με αγχώδη διάθεση** (Fiorentino et al., 2011).

Η εμφάνιση της κατάθλιψης σε γυναίκες που έχουν θεραπευτεί από τον καρκίνο **οφείλεται** στα **στρεσογόνα γεγονότα που συμβαίνουν στην καθημερινότητα**, στην **αμφιβολία έκφρασης αρνητικών συναισθημάτων**, στην **δυσκολία κοινωνικοποίησης**, στις **διαταραχές του ύπνου**, στην **χαμηλή αισιοδοξία**, και στον **φόβο της αβεβαιότητας για το μέλλον**, της **ύπαρξης πόνου**, της **μειωμένης αυτονομίας και ελέγχου**, **θανάτου**, της **πιθανής αναπηρίας** και στις **υπαρξιακές ανησυχίες**. Σε ένα **αρκετά μεγάλο μέρος** του δείγματος η **κατάθλιψη** δεν συσχετίστηκε με το στάδιο του καρκίνου ή την θεραπεία, καθώς **προϋπήρχε** πριν την εμφάνιση του καρκίνου. Οι ασθενείς που **πάσχουν από κατάθλιψη** **δεν λαμβάνουν την θεραπεία στο μέγιστο βαθμό**, ανεξαρτήτως του είδους της θεραπείας, και είχαν **μεγαλύτερα ποσοστά θνησιμότητας**, σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν πάσχουν. Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα πως η **κατάθλιψη και άλλες παρόμοιες διαταραχές μπορεί να μην επιτρέπουν την βέλτιστη και μέγιστη πρόσληψη της θεραπείας** από τους επαγγελματίες υγείας, γεγονός που δεν συναντάται στους μη καταθλιπτικούς ασθενείς (Ristevska-Dimitrovska et al., 2015, Fiorentino et al., 2011).

Η κατάθλιψη δημιουργεί μια σειρά από προβλήματα στα άτομα που πάσχουν από καρκίνο του μαστού. Αρχικά **μειώνει το επίπεδο της ποιότητας ζωής**, οδηγεί τους ασθενείς να **μην είναι συνεπής και να παραμελούν τα ραντεβού για την λήψη της θεραπείας τους**, τους **αναγκάζει να παραμείνουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στο νοσοκομείο**, **αυξάνει τις**

παρενέργειες της θεραπείας και το ποσοστό αυτοκτονιών και της επιθυμίας βιαστικού θανάτου. Έρευνες έχουν δείξει πως η συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε άτομα που πάσχουν από καρκίνο είναι 3 στους 4 σε σύγκριση με τον υπόλοιπο πληθυσμό (Ristevska-Dimitrovska et al., 2015).

Το άγχος είναι από τις πιο συχνά εμφανιζόμενες ψυχολογικές διαταραχές που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού. Είναι μια φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού στους ασθενείς, όμως υπάρχουν και γυναίκες που ανησυχούν παραπάνω από το φυσιολογικό, γεγονός που δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινή τους ζωή. Το άγχος στους ασθενείς μπορεί να εμφανιστεί κατά την διάρκεια της διάγνωσης, της αναμονής για τα αποτελέσματα, της λήψης του διαγνωστικού πορίσματος, κατά την έναρξη της θεραπείας. Επιπλέον προκαλείται και από τον φόβο υποτροπής της νόσου του καρκίνου του μαστού. Το άγχος που σχετίζεται με τον καρκίνο του μαστού δημιουργεί διάφορα συμπτώματα που χωρίζονται σε δυο κύριες κατηγορίες τα ψυχολογικά και τα σωματικά. Τα πιο συνηθισμένα είναι ο πόνος, η ναυτία, η κόπωση, ο αυξημένος καρδιακός παλμός, το σφίξιμο στο στήθος, και η δύσπνοια. Σπανιότερα ο εμετός και η διάρροια αποτελούν συμπτώματα του υπερβολικού άγχους. Εκτός από τα φυσικά συμπτώματα όμως μπορεί να εμφανιστούν και συμπτώματα όπως η μη ρεαλιστική άποψη για προβλήματα που προκύπτουν, ανησυχία σε υπερβολικά επίπεδα που διαρκεί για μεγάλα χρονικά διαστήματα, κόπωση, διαταραχές ύπνου, η νευρικότητα, η μυϊκή ένταση, η εφίδρωση, η δυσκολία συγκέντρωσης και το τρέμουλο (Baqtayan, 2012).

Εν κατακλείδι, ο μόνος τρόπος για να αναβαθμιστεί η ποιότητα ζωής των ασθενών με άγχος που προκαλείται λόγω του καρκίνου του μαστού, είναι η έγκυρη αναγνώριση των συμπτωμάτων, εκπαίδευση και διάγνωση του ώστε να ακολουθήσει η συνταγογράφηση της φαρμακευτικής αγωγής από τον θεράποντα ιατρό. Πολύ σημαντική αποτελεί η υποστήριξη από την οικογένεια και από την κοινωνία, παρ' όλα αυτά ο κάθε ασθενής έχει έναν μοναδικό τρόπο να αντιλαμβάνεται και να αντιμετωπίζει το άγχος και σχετίζεται με την προσωπικότητα, την ελπίδα και την δυναμικότητα που έχει ως προς τις ασθένειες από τις οποίες πάσχει, δηλαδή τον καρκίνο και το άγχος (Baqtayan, 2012).

Με βάση την έρευνα των Rosenberg και συν., (2020), έχει αποδειχθεί ότι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ολική μαστεκτομή είχαν περισσότερο άγχος από τις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μονομερή μαστεκτομή ή σε επέμβαση διατήρησης μαστού σε όλες τις ομάδες της έρευνας. Αντιθέτως σε ότι αφορά τα επίπεδα της κατάθλιψης φαίνεται ότι για όλους τους τύπους των χειρουργικών επεμβάσεων ήταν σε φυσιολογικά επίπεδα και με την πάροδο του

χρόνου μειώνονταν σε γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή ή επέμβαση διατήρησης του μαστού. Παράλληλα η έρευνα των İzcı και συν., (2018), έδειξε πως οι ασθενείς με νευρωτική προσωπικότητα είχαν μεγαλύτερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης γεγονός που οδηγούσε σε χειρότερη ποιότητα ζωής. Σε αντίθεση τα εξωστρεφή άτομα είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής και τα ποσοστά κατάθλιψης, άγχους τους ήταν χαμηλότερα. Επίσης η ποιότητα ζωής μπορεί να επηρεαστεί από ψυχιατρικές ασθένειες που μπορεί να εμφανιστούν σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τους.

Μάλιστα, έρευνα που διεξήχθη από τους Kim και συν, (2017), η οποία σύγκρινε την συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού, έδειξε πως η επίπτωση της κατάθλιψης είναι υψηλότερη σε άτομα που έχουν υποβληθεί πρόσφατα σε μαστεκτομή συγκριτικά με τα άτομα τα οποία είχαν χειρουργηθεί έως και τρία έτη πριν. Επιπροσθέτως μια ακόμη έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2017 από τους Purkayastha και συν, σε ασθενείς με κακοήθεια μαστού έδειξε πως ένα σημαντικό ποσοστό του δείγματος παρουσίαζε κατάθλιψη και κακή ποιότητα ζωής. Μεταξύ των ατόμων αυτών το 22% παρουσίαζε μέτρια έως σοβαρή κατάθλιψη. Σημαντικό είναι πως ένα μέρος του δείγματος ανέφερε πως δεν ήταν ικανοποιημένο με την κατάσταση υγείας του και πως η ποιότητα ζωής του ήταν φτωχή. Επίσης, υπήρξε συσχέτιση μεταξύ των τομέων της ποιότητας ζωής και της κατάθλιψης, η οποία έδειξε πως οι ασθενείς με κατάθλιψη είχαν χαμηλότερες βαθμολογίες συνολικά στην ποιότητα ζωής σε αντίθεση με τους ασθενείς χωρίς κατάθλιψη.

Τέλος, έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Villar και συν, (2017) με στόχο τον προσδιορισμό τόσο της ποιότητας ζωής όσο και του άγχους σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού πριν και μετά την θεραπεία, έδειξε πως τα άτομα με κακοήθεια στους μαστούς παρουσιάζουν σημαντική μείωση του άγχους και βελτιωμένη ποιότητα ζωής ύστερα από την θεραπεία. Συγκεκριμένα, και σύμφωνα με τα ευρήματα του Villar και συν, (2017) οι ασθενείς που παρουσίασαν υψηλότερο δείκτη άγχους αφορούσαν υποομάδες ασθενών όπως γυναίκες με προχωρημένη νόσο, ή έγγαμες, ή γυναίκες χωρίς εργασία ή άτομα που λαμβάνουν αγχολυτικά φάρμακα.

3.6. Διαταραχές και ποιότητα ζωής

3.6.1. Πόνος

Ο πόνος στο ανώτερο τμήμα του σώματος και οι λειτουργικές διαταραχές εμφανίζονται αρκετά συχνά μετά την ολοκλήρωση των θεραπειών του καρκίνου. Έρευνες έχουν αποδείξει πως η εμφάνιση των συμπτωμάτων αυτών κυμαίνεται από 3 μήνες έως και 6 χρόνια, παρ' αυτά υπάρχουν μαρτυρίες που προτείνουν την εμφάνιση τους καθ' όλη την διάρκεια της ζωής της ασθενούς. Στις περισσότερες καρκινοπαθείς παρατηρούνται και άλλες νοσηρότητες εκτός από τον πόνο, όπως προβλήματα στην αίσθηση και στην κίνηση, αδυναμία, σφίξιμο, παράλυση των νεύρων, διαφορετικά μη συνηθισμένα μοτίβα κίνησης, μειωμένο εύρος κίνησης, μούδιασμα, πρήξιμο στο στήθος, βραχίονα ή ώμο της προσβεβλημένης πλευράς. Οι δυσλειτουργίες αυτές συνήθως συσχετίζονται με τις αλλαγές στον τρόπο λειτουργίας και χρήσης του σώματος, ψυχικές και κοινωνικές αλλοιώσεις που επηρεάζουν όχι μόνο την καθημερινή ζωή του ατόμου αλλά και την ποιότητα ζωής του (Stubblefield & Keole, 2014; Hayes et al., 2012).

Μια ακόμα αιτία πόνου σε ασθενείς που έχουν περάσει καρκίνο του μαστού είναι η οστεοπόρωση, τα κατάγματα λόγω οστεοπόρωσης και η οστεοπενία. Η οστεοπόρωση δημιουργείται σε αρκετές γυναίκες κατά την εμμηνόπαυση όμως μπορεί να εμφανιστεί πρόωρα καθώς είναι μια από τις συχνότερες παρενέργειες των θεραπειών του καρκίνου του μαστού. Η σχετιζόμενη με την χημειοθεραπεία ανεπάρκεια των ωοθηκών, η λήψη αναστολών αρωματάσης ή αγωνιστών που απελευθερώνουν ορμόνες γοναδοτροπίνης, οδηγούν στην απώλεια της οστικής πυκνότητας. Ανάλογα με την έκταση της απώλειας προκαλείται οστεοπόρωση ή ακόμη και κάταγμα. Η εμμηνόπαυση επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία, ο συνδυασμός της όμως με την εμφάνιση οστεοπόρωσης και καταγμάτων λόγω οστεοπόρωσης έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών καθώς εμφανίζουν συμπτώματα όπως πόνος, παραμόρφωση, αναπηρία ή ακόμη και θάνατο (Kim et al., 2013; Palacios et al., 2013; Trémollières, 2014; Suskin & Shapiro, 2018).

Έρευνα που διεξήχθη το 2017 από τους Costa και συν, επιβεβαίωσε πως ο πόνος έχει καθοριστικό ρόλο στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο στους μαστούς. Συγκεκριμένα, έδειξε πως σχεδόν το 72% του συνολικού δείγματος των ασθενών με καρκίνο του μαστού ανέφερε πόνο. Αξιοσημείωτο είναι πως όσον αφορά την ποιότητα ζωής αλλά και την ένταση του πόνου, φαίνεται πως οι ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο παρουσίαζαν εντονότερο πόνο και είχαν χειρότερες βαθμολογίες στην κλίμακα μέτρησης ποιότητας ζωής.

Ακόμη οι Hamood και συν, σε έρευνα που πραγματοποίησαν το 2017 έδειξαν πως ο χρόνιος πόνος είναι ένα κοινό πρόβλημα των ασθενών που επιβίωσαν από καρκίνο του μαστού και κλιμακώνεται από μέτριας έως και σοβαρής έντασης. Σημαντική είναι και η επίδραση του στην ποιότητα ζωής, καθώς όταν εμφανίζεται σε συνδυασμό με άλλα συμπτώματα μειώνει αρκετά τα επίπεδα της. Ενδιαφέρον είναι το γεγονός πως η θεραπεία του καρκίνου του μαστού στοχεύει στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς και στην ανακούφιση του, αλλά μέσω της άμεσης επίθεσης στα καρκινικά κύτταρα είτε φαρμακευτικά είτε χειρουργικά, το αποτέλεσμα είναι πολλές φορές να δημιουργείται πόνος και σε ασθενείς που ήδη πονούν αυτός να γίνεται εντονότερος.

3.6.2. Κόπωση

Η **κόπωση** αποτελεί ένα από τα **συνηθέστερα** και ταυτόχρονα χειρότερα συμπτώματα της θεραπείας του καρκίνου. Οι γυναίκες κατά **την διάρκεια των χημειοθεραπειών ή/και των ακτινοθεραπειών βιώνουν κόπωση**, και πάνω από τις μισές χαρακτηρίζουν τα συμπτώματα **μέτρια έως σοβαρά**. Η ένταση και η διάρκεια της κόπωσης, που βιώνουν οι καρκινοπαθείς το χρονικό διάστημα των θεραπειών, είναι **μεγαλύτερη από εκείνη των υγιών γυναικών**. Έχει επίσης χαρακτηριστεί το δυσχερέστερο σύμπτωμα που προκαλεί η ανοσοενισχυτική χημειοθεραπεία. Η μειωμένη ενέργεια, οι διαταραχές σε δραστηριότητες και η κόπωση έχει παρατηρηθεί πως μπορεί να **ταλαιπωρούν τις ασθενείς ακόμα και χρόνια μετά από την διάγνωση και θεραπεία της νόσου του καρκίνου** (Bower, 2014).

Η κόπωση αποτελεί ένα **μη ειδικό, πολυδιάστατο σύμπτωμα**, που σε ευρύτερα πλαίσια περιλαμβάνει συναισθήματα όπως **κούραση, αδυναμία, μειωμένη συγκέντρωση, και έλλειψη ενέργειας**. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που μπορεί να την προκαλέσουν σε **υγιή άτομα**, όπως παθήσεις, σωματική ή ψυχολογική άσκηση, ψυχολογικοί παράγοντες και κυρίως διαταραχές **διάθεσης**. Οι **καρκινοπαθείς** μπορεί να βιώνουν κόπωση **λόγω της ίδιας της ασθένειας, των θεραπειών, σωματικών συμπτωμάτων ή καταστάσεων που προκαλούνται από την ασθένεια ή ακόμη και από την θεραπεία της, ή από την ψυχολογική αντιμετώπιση προς τον καρκίνο του μαστού**. Η κόπωση **συσχετίζεται με την κατάθλιψη, την καταθλιπτική διάθεση και την διαταραχή της διάθεσης, το άγχος, την αβεβαιότητα της ασθένειας, με τον επίμονο πόνο, ή με συμπτώματα πρόωρης εμμηνόπαυσης, και τέλος με προβλήματα ύπνου**. Οι παραπάνω συσχετίσεις αφορούν γυναίκες που έχουν επιζήσει μετά από διάγνωση με καρκίνο του μαστού. Εν κατακλείδι, τα αίτια που προκαλούν το αίσθημα της κόπωσης **δεν έχουν πλήρως**

αποσαφηνιστεί και έρευνες συνεχίζουν να αναζητούν τα ακριβή αίτια εμφάνισης του (Bower, 2014).

Μάλιστα, η έρευνα που διεξήχθη από τους Abrahams και συν, (2016) έδειξε πως σχεδόν μια στις τέσσερις γυναίκες που επιβίωσαν από κακοήθεια στον μαστό βιώνει σοβαρή κόπωση. Οι παράγοντες που ευνόησαν τα υψηλά επίπεδα κόπωσης ήταν ο συνδυασμός χειρουργικής επέμβασης και χημειοθεραπείας, ακτινοθεραπείας, ή και της ορμονοθεραπείας. Ακόμη είναι σημαντικό να ειπωθεί πως καθοριστικό ρόλο είχε η υψηλή σταδιοποίηση της ασθένειας. Τέλος, στην μείωση του κινδύνου βοηθάει η υποβολή της ασθενούς μόνο σε χειρουργική επέμβαση ή και σε χειρουργική επέμβαση σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία αλλά και η ύπαρξη ερωτικού συντρόφου.

Έρευνες όπως των Canário και συν, (2016), των Manneville και συν, (2017) και των Lipsett και συν (2017) έδειξαν πως η φυσική άσκηση έχει θετική επίδραση στην μείωση της κόπωσης στους ασθενείς κατά την διάρκεια των θεραπειών. Πιο συγκεκριμένα αυξάνει την μυϊκή δύναμη, την ενέργεια, την αυτοπεποίθηση και βελτιώνει την διάθεση με αποτέλεσμα να αναβαθμίζει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής των ασθενών καθώς μειώνει ή ακόμα και εξαλείφει τις παρενέργειες που προκαλούνται από τις θεραπείες. Επίσης έρευνες όπως των Lötcke και συν, (2016), των Chaoul και συν, (2018) και των Jong και συν, (2018) έδειξαν πως η ένταξη των γυναικών σε άλλα προγράμματα φυσικής άσκησης όπως η γιόγκα και οι διατάσεις σε συνδυασμό με την τακτική περίθαλψη δεν οδήγησαν σε μείωση της κόπωσης ή βελτίωσης της ποιότητας ζωής.

3.6.3. Διαταραχές ύπνου

Οι διαταραχές στον ύπνο αποτελούν το πιο συχνά εμφανιζόμενο σύμπτωμα του καρκίνου του μαστού και είναι μια κοινή ανησυχία μεταξύ των ασθενών. Η εμφάνιση των διαταραχών αυτών οφείλεται στις δυσμενείς σωματικές και ψυχολογικές καταστάσεις που δημιουργεί ο καρκίνος, γεγονός που χειροτερεύει τον ύπνο καθώς ο καρκίνος εμφανίζεται κυρίως σε μεσήλικες γυναίκες που ίσως αντιμετωπίζουν ήδη κακή ποιότητα ύπνου. Οι επιπτώσεις του καρκίνου στους ασθενείς δημιουργούν τις διαταραχές του ύπνου, δηλαδή το άγχος που προκαλείται από την έναρξη των χημειοθεραπειών, το είδος της θεραπείας, το ενδεχόμενο υποτροπής του καρκίνου, το χρονικό διάστημα που έχει περάσει από τότε που έγινε η διάγνωση, η κόπωση και το στάδιο του καρκίνου. Επιπλέον επίδραση στον ύπνο έχουν οι χειρουργικές επεμβάσεις στις οποίες υποβλήθηκαν οι ασθενείς, οι εξάψεις που δημιουργούνται από τις χημειοθεραπείες ή τις ορμονοθεραπείες, η ηλικία, η εμμηνόρροια, η

εκπαίδευση, η ψυχική αντίδραση ως προς την ασθένεια, το περιβάλλον, και τέλος η οικογενειακή κατάσταση. Το ποσοστό των γυναικών με μεταστατικό καρκίνο που αντιμετωπίζουν πάνω από ενός τύπου διαταραχή του ύπνου ξεπερνά το 60%. Η διαταραχή αυτή αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που προξενεί ο καρκίνος του μαστού. Συνεπώς λόγω της σε βάθος γνώσης της φύσης, των παραγόντων και του επιπολασμού των διαταραχών του ύπνου, το πρόβλημα αυτό μπορεί να μειωθεί αισθητά με την χρήση θεραπειών που περιλαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, όπως οι βενζοδιαζεπίνες και οι αγωνιστές υποδοχέα μελατονίνης, και μη φαρμακευτικές προσεγγίσεις (Kashani et al., 2014, Liu et al., 2012).

Αξιοσημείωτο είναι πως παρά το γεγονός ότι η ποιότητα ζωής των επιζώντων από καρκίνο του μαστού, ύστερα από πέντε έτη μετά την διάγνωση είναι σε μεγάλο βαθμό συγκρίσιμη με του υγιούς πληθυσμού, πολλοί πρώην-καρκινοπαθείς εξακολουθούν να παρουσιάζουν σοβαρές διαταραχές ύπνου όπως και άλλα δυσμενή συμπτώματα. Μια ακόμη έρευνα που ανέδειξε μεγάλο ποσοστό αυπνίας σε επιζώντες μετά από μαστικό καρκίνο είναι των Lowery-Allison και συν, (2017) και τόνισε πως αρκετές υποομάδες των ατόμων αυτών έχουν ανάγκη την δημιουργία θεραπευτικού σχεδίου για την βελτίωση του ύπνου. Εν κατακλείδι στην βελτίωση του ύπνου και της ποιότητας ζωής θα μπορούσε να βοηθήσει τόσο η άμεση αναγνώριση συμπτωμάτων και πόνου όσο και η παροχή εκπαίδευσης σχετικά με τους κοινωνικούς, περιβαλλοντικούς, συμπεριφορικούς και ιατρικούς παράγοντες (Schmidt et al, 2018).

Άλλες έρευνες έδειξαν πως οι επιδράσεις του καρκίνου όπως φαίνεται στην έρευνα των Strollo και συν (2020) μπορεί να συμβάλλουν στις δυσκολίες του ύπνου στη μακροχρόνια επιβίωση. Αυξημένα επίπεδα σωματικής δυσφορίας σχετιζόμενης με τον καρκίνο, συναισθηματικής δυσφορίας, οικονομικής δυσφορίας καθώς και ο φόβος σχετίζονται με κακή ποιότητα ύπνου. Στην παρούσα μελέτη των Cho και συν, (2021), διαπιστώθηκε ότι κάποιοι από τους παράγοντες που επηρεάζουν την ανησυχία και την κατάθλιψη συνδέονται με την ποιότητα του ύπνου. Η διάρκεια και η διαταραχή του φάνηκε να επηρεάζουν το άγχος, ενώ η καθυστέρηση έναρξης του ύπνου βρέθηκε να επηρεάζει την κατάθλιψη. Τα αποτελέσματα αυτά υποδηλώνουν ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα του ύπνου πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την παροχή νοσηλευτικής περίθαλψης για άγχος και κατάθλιψη στους επιζώντες από καρκίνο του μαστού. Επίσης η κακή λειτουργία του ύπνου επιδεινώνει την κόπωση, την ποιότητα ζωής, αλλά και την λειτουργία των άνω άκρων, γι' αυτό και είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθεί αξιολόγηση στη συμπεριφορά του ύπνου και να ληφθούν υπόψη πτυχές που σχετίζονται με την ποιότητα του για τον έλεγχο ή τη διάγνωση επερχόμενων

διαταραχών. Αντιθέτως στην έρευνα των Zengin και συν, (2019) φάνηκε ότι οι ασθενείς που έλαβαν χημειοθεραπεία αύξησαν την ποιότητα του ύπνου και μείωσαν την κόπωση μετά από εκπαίδευση της υγιεινής στον ύπνο αλλά και την εκμάθηση αντανακλαστικής ορολογίας. Αν και η αϋπνία είναι πολύ συχνή σε ασθενείς με καρκίνο, οι επαγγελματίες υγείας και οι ασθενείς ανέφεραν βελτιώσεις, λόγω των εξελίξεων στον τομέα της υγείας (Lourenço et al. 2021).

Τέλος τα ευρήματά των Fang και συν, (2019) παρουσίασαν μια σημαντική επίδραση της άσκησης ως προς τον χρόνο ύπνου για ασθενείς με καρκίνο, με αποτέλεσμα οι ασθενείς που συμμετείχαν να έχουν μικρότερο λανθάνοντα χρόνο έναρξης ύπνου από τους ασθενείς ελέγχου στη συνήθη φροντίδα. Η άσκηση όμως φαίνεται να είχε μικρή ευεργετική δράση στην καθυστέρηση έναρξης του ύπνου σε υγιή άτομα, γι' αυτό και απαιτείται περαιτέρω έρευνα ώστε να διευκρινισθούν και να επιβεβαιωθούν τα οφέλη της άσκησης στην ποιότητα του ύπνου.

3.6.4. Σεξουαλική λειτουργία

Με το πέρασμα των χρόνων ο αριθμός επιζώντων από καρκίνο του μαστού αυξάνεται, συνεπώς αυξάνεται και η **ανάγκη επανάκτησης** μιας **ολοκληρωμένης και ουσιαστικής ποιότητας ζωής** για τις γυναίκες αυτές. Τα συμπτώματα που συναντάνε οι καρκινοπαθείς είναι σωματικά αλλά και ψυχοκοινωνικά. **Η σεξουαλική ζωή** είναι ένας από τους τομείς που πολύ συχνά **κλονίζεται** μετά την διάγνωση τους με καρκίνο του μαστού. Παρά τον **υψηλό επιπολασμό** των σεξουαλικών δυσλειτουργιών που καταγράφονται σύμφωνα με μαρτυρίες καρκινοπαθών, οι **συνέπειες της διάγνωσης και των πολλών και διαφορετικών θεραπειών, επάνω στο θέμα της σεξουαλικής ζωής, παραμένουν άγνωστες**. Το γεγονός αυτό μπορεί να **οφείλεται κατά ένα βαθμό στους επαγγελματίες υγείας, που δεν λαμβάνουν ένα λεπτομερές ιστορικό για την σεξουαλική λειτουργία των καρκινοπαθών, και αδυνατούν να προσεγγίσουν την σεξουαλική ζωή σε ασθενείς στην κοινότητα** (Cornell et al., 2017).

Η σεξουαλική λειτουργία αποτελεί μια **πολυδιάστατη εμπειρία** για τις γυναίκες, και επηρεάζεται από την **αλληλεπίδραση σωματικών, ψυχολογικών και διαπροσωπικών παραγόντων**. Υποστηρίζεται πως για να μπορέσει μια γυναίκα να έχει μια επιτυχημένη **σεξουαλική εμπειρία είναι απαραίτητη η ύπαρξη ψυχολογικής ευημερίας και σωματικής ανταπόκρισης, δηλαδή η ύπαρξη ενός λειτουργικού και υγιούς σώματος**. Γι' αυτό τον λόγο πολλές νεότερες σε ηλικία γυναίκες **φοβούνται** την **ανάπτυξη σεξουαλικών δυσλειτουργιών** μετά την διάγνωση του καρκίνου (Hung et al., 2017).

Οι γυναίκες που έχουν υποστεί μαστεκτομή και έχουν λάβει θεραπεία ή ένα συνδυασμό θεραπειών για τον καρκίνο του μαστού, περιγράφουν **προβλήματα όπως** την **μειωμένη λίμπιντο, διαταραχές στην διέγερση, λίπανση, ανοργασμία και δυσπαρευνία**. Επίσης οδηγούν στην **πρόωρη ανεπάρκεια των ωοθηκών, στην μείωση των επιπέδων παραγωγής των οιστρογόνων της τεστοστερόνης, και άλλων ορμονών που επηρεάζουν την σεξουαλική λειτουργία, καθώς και στην εμφάνιση εξάψεων, και αλλαγές στην διάθεση**. Όλα τα παραπάνω αποτελούν **συμπτώματα της εμμηνόπαυσης**. Το ιατρικό προσωπικό πιστεύει πως οι δυσλειτουργίες αυτές οφείλονται στην **χειρουργική επέμβαση, στην ορμονοθεραπεία, στην χημειοθεραπεία** και τέλος στην **ψυχολογική δυσφορία** που προκαλείται στο άτομο μετά την διάγνωση του με καρκίνο. Η **έλλειψη γνώσεων** για τις διαταραχές στην σεξουαλική ζωή των καρκινοπαθών γυναικών, **υποδηλώνει την ανάγκη οργάνωσης και πραγματοποίησης περισσότερων ερευνών**, καθώς αποτελεί ένα τομέα που επηρεάζει σημαντικά την **ποιότητα ζωής** (Cornell et al., 2017; Hungr et al., 2017).

Σύμφωνα με την έρευνα των Kowalczyk και συν., (2018) η σεξουαλική λειτουργία επηρεάζεται και από την ποιότητα της σχέσης, την διάθεση και λειτουργία του συντρόφου για σεξουαλική επαφή, την ηλικία του, το είδος της επέμβασης, το επίπεδο άγχους της ασθενούς, και το ποσοστό υποστήριξής. Παρομοίως η έρευνα των Gass και συν (2017) έδειξε πως ο αισθησιασμός που προέρχεται από το στήθος στις γυναίκες μειώνεται μετά από εγχείρηση καρκίνου του μαστού. Όμως τα επίπεδα αισθησιασμού είναι υψηλότερα μετά από την απλή αφαίρεση του όγκου σε σύγκριση με την μαστεκτομή, και ταυτόχρονα συνδέεται και με καλύτερη σεξουαλική λειτουργία μετεγχειρητικά. Σε αντίθεση η έρευνα των Słowik και συν, (2017) έδειξε ότι η σεξουαλική λειτουργία και η ποιότητα ζωής δεν επηρεάζονται από τον τύπο της χειρουργικής επέμβασης.

Τα αποτελέσματα έρευνας που διεξήχθη στην Τουρκία από τους Usta και συν, (2017) έδειξε πως οι γυναίκες που υποβάλλονται σε χημειοθεραπείες βιώνουν σοβαρές σεξουαλικές δυσλειτουργίες. Την ίδια στιγμή η έρευνα των Gandhi και συν, (2019) είχε διαφορετικά αποτελέσματα τα οποία προτείνουν πως ο τύπος του χειρουργείου, οι χημειοθεραπείες και οι ραδιοθεραπείες δεν επηρεάζουν την σεξουαλική λειτουργία των γυναικών και πως σεξουαλικές δυσλειτουργίες εμφάνιζαν κυρίως οι ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε θεραπείες με αναστολείς αρωματάσης. Τέλος, οι Advani και συν, (2017) και τα αποτελέσματα της έρευνας τους συστήνουν στους καρκινοπαθείς που χορηγούνται αναστολείς της αρωματάσης να επισκεφθούν έναν επαγγελματία υγείας που εξειδικεύεται στην σεξολογία, καθώς το δείγμα τους εμφάνισε βελτιώσεις μετά από 6 μήνες συνεδριών.

3.6.5. Δυαδική προσαρμογή

Όταν μια ασθένεια όπως ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζεται σε ένα από τα δυο μέλη μιας σχέσης η ασθενής θα στραφεί για συμπαράσταση στις δύσκολες και στρεσογόνες στιγμές, στον ή στην σύντροφό της. Τουλάχιστον το 25% των συντρόφων παρουσιάζουν κατάθλιψη έπειτα της διάγνωσης του καρκίνου, γεγονός που συμβαίνει λόγω της συνεχούς αλληλεπίδρασης της ποιότητας ζωής του ενός στην ποιότητα ζωής του άλλου. Με άλλα λόγια όσο τα αρνητικά συναισθήματα και η ανησυχία αυξάνονται για την ασθενή τόσο αυξάνονται και για την σχέση της. Όμως, όταν η ασθένεια αντιμετωπίζεται από κοινού, και η επίδραση μεταξύ τους περιλαμβάνει καλοπροαίρετα συναισθήματα τότε η επιρροή είναι θετική και για τους δυο (Robbins et al., 2012; Badr et al., 2010).

Ο τρόπος αντιμετώπισης επηρεάζεται και από την ποιότητα σχέσης του ζευγαριού. Έχει παρατηρηθεί πως σε μη καλά θεμελιωμένες σχέσεις η ικανότητα αποδοχής και προσαρμογής στην ασθένεια μειώνεται, ενώ το αντίθετο συμβαίνει όταν έχουμε δυαδική αντιμετώπιση. Τα ζευγάρια που έχουν την ικανότητα να στηρίζουν ο ένας τον άλλο, βιώνουν και λιγότερα αρνητικά συναισθήματα. Ένα ζευγάρι που αντιμετωπίζει καρκίνο του μαστού και δεν έχει τις δεξιότητες αυτές μπορεί να εκπαιδευτεί και να τις υιοθετήσει. Συνεπώς, όσο καλύτερη είναι η επικοινωνία, η δυαδική προσαρμογή, η έκφραση συναισθημάτων και αναγκών τόσο καλύτερη είναι η διαχείριση του καρκίνου του μαστού (Karan et al., 2016).

Στον χώρο της έρευνας οι Suo και συν, (2021) έδειξαν πως η προώθηση της θετικής δυαδικής αντιμετώπισης από τους επαγγελματίες υγείας και ο περιορισμός των αρνητικών δυαδικών αντιδράσεων, βοηθάει το ζευγάρι να εξελιχθεί μετά το πέρας του τραυματικού γεγονότος που αποτελεί ο καρκίνος του μαστού, και συμβάλει στην επίτευξη της συζυγικής ικανοποίησης. Παράλληλα η έρευνα των Cai και συν (2021) έδειξε πως η δυαδική προσαρμογή επηρεάζεται από τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του ζευγαριού, διότι σύμφωνα με το δείγμα τα ζευγάρια που είχαν χαμηλότερο επίπεδο μόρφωσης και ήταν άτεκνα ή είχαν ένα παιδί βρέθηκαν αντιμετώπιση με χαμηλότερα επίπεδα προσαρμογής.

3.6.6. Ποιότητα ζωής και διαίτα

Οι κακές διατροφικές συνήθειες θεωρούνται πιθανή αιτία εμφάνισης καρκίνου του μαστού με μακροχρόνιο αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Οι διατροφικές συνήθειες φαίνεται να αλλάζουν μετά από τη διάγνωση του καρκίνου και να τείνουν στην αναζήτηση υγιεινότερων τροφών, καθώς η υιοθέτηση καλύτερων παραγόντων τρόπου ζωής εμποδίζουν σε μεγάλο βαθμό πιθανές υποτροπές (Rim et al., 2019).

Έρευνες όπως αυτή των Mohammadi και συν, (2013) και των Pisegna και συν, (2021) απέδειξαν ότι οι διατροφικές συνήθειες των ασθενών με καρκίνο του μαστού σχετίζονται με την ποιότητα ζωής τους. Συγκεκριμένα οι επιζώντες από καρκίνου του μαστού που ακολουθούν πιο υγιεινό τρόπο ζωής, εμφανίζουν και καλύτερη ποιότητα ζωής. Ο συνδυασμός της σωματικής άσκησης με τις υγιείς διατροφικές πρακτικές βελτιώνει την ποιότητα ζωής, ενώ φαίνεται ότι και τα επίπεδα εκπαίδευσης μπορεί να επηρεάσουν όχι μόνο τη διατροφή, αλλά και την ποιότητα ζωής. Γενικότερα ο υγιεινός τρόπος ζωής φαίνεται να συσχετίζεται με την καλύτερη πρόγνωση μετά το πέρας των θεραπειών κατά του καρκίνου του μαστού όπως παρουσιάζει η έρευνα των Orchard και συν, (2017) η οποία όμως σε αντίθεση με τις υπόλοιπες δείχνει ότι η ποιότητα ζωής δεν σχετίζεται με την ποιότητα της διατροφής.

Τέλος οι συστάσεις για τη διατροφή και τον τρόπο ζωής κατέχουν μείζονα ρόλο για τη μείωση του κινδύνου καρκίνου του μαστού, καθώς μειωμένη συχνότητα εμφανίζουν οι ασθενείς οι οποίοι συμμορφώθηκαν σε ένα υγιεινό τρόπο ζωής που έχει επίκεντρο την πρόληψη (Nomura et al., 2016).

3.7. Κοινωνική αποκατάσταση

Η σημασία του στίγματος του καρκίνου του μαστού στην κοινωνία φαίνεται να συνδέεται με την κοινωνική υποστήριξη και τις στρατηγικές αντιμετώπισης της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στους επιζώντες της ασθένειας, καθώς παρατηρήθηκε ότι η ψυχοκοινωνική προσαρμογή αυξήθηκε με τη μείωση του στίγματος. Επίσης η ψυχοκοινωνική προσαρμογή παρουσίασε άνοδο με την ολοένα αυξανόμενη κοινωνική υποστήριξη, ενώ αυξήθηκε και με τις αναπτυσσόμενες στρατηγικές αντιμετώπισης, οι οποίες ευνοούν την περιβαλλοντική προσαρμογή (Kang et al., 2020).

Η εμπειρία που αποτελεί ο καρκίνος του μαστού δημιουργεί μια πληθώρα αλλαγών στο σώμα της ασθενούς, στις σκέψεις της για το μέλλον καθώς και στον τρόπο που αντιλαμβάνεται τον κόσμο. Οι θεραπείες διαρκούν για ένα αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα και τις περισσότερες φορές το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών βιώνουν καθημερινούς πόνους, απώλεια δύναμης, μούδιασμα, διάφορες σωματικές συνέπειες, ίσως και γνωστικά ελλείματα. Με γνώμονα τον τύπο της θεραπείας που ακολουθούν, το είδος της εργασίας, τις οικονομικές τους ανάγκες και την αντιμετώπιση που έχουν προς την εργασία τους, οι ασθενείς ενδέχεται κατά την διάρκεια των θεραπειών είτε να σταματήσουν να εργάζονται ή να συνεχίζουν να δουλεύουν κανονικά (Tamminga et al., 2012; Johnsson et al., 2010; Kennedy et al., 2007).

Η εργασία αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο στην ταυτότητα της καρκινοπαθούς και ταυτόχρονα της παρέχει την κοινωνική επανένταξη που χρειάζεται, λειτουργεί ως μέσο διαφυγής από σκέψεις περί καρκίνου και ανησυχίας υποτροπιασμού της νόσου. Επιπλέον παρέχει την αίσθηση της κοινωνικότητας, αποδεικνύει στην ασθενή ότι εκείνη έχει τον έλεγχο στην ζωή της, βελτιώνει την ποιότητα ζωής και λειτουργεί ως το σύμβολο της αποκατάστασης (Lee et al., 2016).

Την ίδια στιγμή όμως η πιθανότητα ύπαρξης προβλημάτων στο εργασιακό περιβάλλον όπως η απόλυση, η ανεπιθύμητη αλλαγή της θέσης, και οι αλλαγές στις εργασιακές σχέσεις είναι αρκετά υψηλή. Η εμπειρία της εργασίας μετά τον καρκίνο του μαστού, μπορεί να επηρεαστεί από αλλαγές στην παραγωγικότητα του ατόμου, από την κοινωνική υποστήριξη, από παρενέργειες και οικονομικές ανησυχίες. Η δυσκολία που κρύβεται πίσω από την απόφαση για την επιστροφή στην εργασία, λόγω του περιβάλλοντος ή της ασθένειας είναι υψηλή και η υποστήριξη, η εμπάθεια, η κατανόηση, η διακριτικότητα και η εκτίμηση αποτελούν πολύ σημαντικά χαρακτηριστικά που θα πρέπει να διαθέτει ένα εργοδότης διότι έχει ένα πολύ σημαντικό ρόλο στην διατήρηση των καλών εργασιακών συνθηκών πριν και μετά την αναρρωτική άδεια, ώστε να μπορέσουν οι ασθενείς να επανενταχθούν στο εργασιακό περιβάλλον ομαλά (Lee et al., 2016; Tiedtke et al., 2013; Bouknight et al., 2006).

Η ποιότητα ζωής και η παραγωγικότητα στην εργασία είναι δύο αλληλένδετες έννοιες. Η αναβαθμισμένη ποιότητα ζωής σχετίζεται με μεγαλύτερη ικανότητα εργασίας, αφού η εργασία βελτιώνει την ποιότητα της ψυχοκοινωνικής ζωής. Στην τρέχουσα μελέτη των Landeiro και συν, (2018), καλύτερη ποιότητα ζωής εμφανιζόταν κατά την επιστροφή στην εργασία δυο χρόνια μετά τη διάγνωση, ενώ ταυτόχρονα υπογραμμίζεται και η σημασία του ρόλου του εργοδότη στην ανάρρωση των εργαζομένων ασθενών με καρκίνο του μαστού. Το υψηλότερο εισόδημα, ο τύπος της θεραπείας αλλά και η στέγαση στο χώρο εργασίας φαίνεται να είναι βασικοί παράγοντες που σχετίζονται με την αυξημένη πιθανότητα επιστροφής στην εργασία. Ωστόσο, τα αποτελέσματά του Gómez-Molinero, (2020) έδειξαν ότι οι επιζώντες από καρκίνο του μαστού που έλαβαν βοηθητική χημειοθεραπεία παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα ικανότητας στην εργασία σε σύγκριση με ελέγχους στον υγιές πληθυσμό. Διαπιστώθηκε ότι η συναισθηματική νοημοσύνη δρα ως συντελεστής που διατηρεί την ικανότητα εργασίας. Συγκεκριμένα, η μείωση της συναισθηματικής προσοχής και η αύξηση της συναισθηματικής διαύγειας και της εξισορρόπησης των συναισθημάτων μπορούν να ενισχύσουν την ικανότητα στην εργασία. Συνοψίζοντας, σε αυτή τη μελέτη φάνηκε ότι η βελτίωση των συναισθηματικών ικανοτήτων μπορεί να είναι ένα από τα βασικά στοιχεία για

την ενίσχυση της ικανότητας στην εργασία και κατ' επέκταση την ενίσχυση της επιστροφής στη δουλειά σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού που έχουν λάβει χημειοθεραπεία, αλλά και στον υπόλοιπο πληθυσμό.

Επίσης έχει παρατηρηθεί από την ερευνητική κοινότητα πως οι γυναίκες που έχουν προσβληθεί από καρκίνο του μαστού, κατά της επανένταξη τους στην κοινωνία μειώνουν τον χρόνο που αφιερώνουν στην εργασία τους ή μπορεί και να παραιτηθούν. Το γεγονός αυτό συμβαίνει διότι πλέον ίσως να μην τους ενδιαφέρει η καριέρα τους όσο στο παρελθόν και να προτιμήσουν να αφιερώσουν περισσότερο χρόνο στα αγαπημένα τους πρόσωπα και να έχουν μια πιο ισορροπημένη καθημερινότητα. Είναι απαραίτητο να σημειωθεί πως έρευνες όπως των Lee και συν., έχουν δείξει πως όσο πιο ενημερωμένη είναι η ασθενής τόσο πιο πιθανό είναι να γυρίσει στο εργασιακό περιβάλλον (Kennedy et al., 2007).

Τέλος, τα αποτελέσματα της έρευνας των Schmidt και συν, (2019) έδειξαν ότι η διακοπή της εργασίας μετά τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού συσχετίστηκε με σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής, καθώς και με περισσότερα οικονομικά προβλήματα. Σχεδόν οι μισοί επιζώντες από καρκίνο του μαστού χωρίς νόσο μείωσαν τον χρόνο εργασίας τους ή σταμάτησαν εντελώς πριν από την ηλικία συνταξιοδότησης, με εξαίρεση τις άγαμες γυναίκες οι οποίες φαίνεται να επιστρέφουν πλήρως στη δουλειά. Ωστόσο, η πλειοψηφία μπόρεσε να επιστρέψει στη δουλειά με τον ίδιο αριθμό ωρών εργασίας, παρόλο που η κόπωση, τα ψυχολογικά και γνωστικά προβλήματα καθώς και η νοσηρότητα των βραχιόνων φαίνεται να παρεμποδίζουν την πλήρη επιστροφή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή

Το νοσηλευτικό προσωπικό διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο τόσο στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού όσο και στην διάγνωση του. Οι νοσηλευτές είναι σε θέση να παραπέμψουν τους ασθενείς για τακτικό προ-συμπτωματικό έλεγχο, ενημερώνοντας τους για τα πλεονεκτήματα που τους παρέχει, εφόσον καθίσταται μέσω αυτού η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου ακόμη και στα πρώιμα στάδια. Επιπλέον σημαντικός είναι και ο ρόλος της αναφοράς των παραγόντων που μπορεί να ευνοήσουν την εμφάνιση κάποιου κακοήθους όγκου (Houfek et al., 1997)

Η πρόληψη χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες, την πρωτογενή, την δευτερογενή και την τριτογενή. Στην πρώτη κατηγορία ο νοσηλευτής είναι σε θέση να ενημερώσει αλλά και να παροτρύνει την ασθενή να μετριάσει συνήθειες οι οποίες είναι βλαπτικές για την υγεία της, με απώτερο σκοπό την μείωση της πιθανότητας εμφάνισης καρκίνου. Ακόμη το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να διευκρινίσει την σημασία της πρωτογενούς πρόληψης αλλά και να τονίσει πως παρά τον τακτικό προ-συμπτωματικό έλεγχο, το άτομο δεν αποκλείεται να εμφανίσει κακοήθεια στο μέλλον. Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει την διάγνωση του καρκίνου του μαστού στα αρχικά στάδια, πριν ακόμα εμφανιστούν σημεία ή συμπτώματα και την έγκαιρη έναρξη της κατάλληλης θεραπείας για την αντιμετώπιση του. Τέλος η τριτογενής πρόληψη αφορά το σχέδιο θεραπείας και την διαχείριση της κακοήθειας με στόχο την παύση της εξέλιξης της, την αποτροπή της επανεμφάνισης της αλλά και των πιθανών επιπλοκών που μπορεί να την συνοδεύουν. Αυτό επιτυγχάνεται με τις κατάλληλες διαγνωστικές εξετάσεις, και την τακτική παρακολούθηση του ασθενή (Osborn et al., 2016).

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι καθοριστικός και στα τρία παραπάνω επίπεδα καθώς αναλαμβάνει την διδασκαλία και την εκπαίδευση των ατόμων της κοινότητας, όσον αφορά την πρόληψη αλλά και την διαχείριση των συναισθημάτων που τα διακατέχουν ύστερα από την διάγνωση. Οι νοσηλευτές πρέπει να παροτρύνουν το κοινό για την αλλαγή του τρόπου ζωής, με σκοπό οι συνήθειες οι οποίες κρίνονται βλαπτικές για την υγεία και ευνοούν την εμφάνιση καρκίνου του μαστού να περιοριστούν ή ακόμα και να αποφευχθούν οριστικά. Αναγκαία κρίνεται η ενθάρρυνση των ατόμων για τακτική παρακολούθηση και η ενημέρωση για τις στρατηγικές αποφυγής εμφάνισης καρκίνου, η διδασκαλία τρόπων με τους οποίους ο ασθενής

θα έχει την δυνατότητα να μειώσει την ταχύτητα εξέλιξης της κακοήθειας, αλλά και η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς ύστερα από την διάγνωση (Pan American Health Organization 2016; Osborn et al., 2016)

Ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να είναι επαρκώς ενημερωμένος και έτοιμος να απαντήσει ερωτήσεις, τις οποίες πιθανότατα θα έχει ο ασθενής ύστερα από την διάγνωση σχετικά με την εξέλιξη της νόσου, και την αντιμετώπιση της. Η ορθή εκπαίδευση των ασθενών σε μια κατάσταση η οποία είναι απειλητική για τη ζωή έχει πρωταρχικό ρόλο, καθώς η πορεία της νόσου εξαρτάται τόσο από την ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς όσο και την πειθαρχία του στο σχέδιο θεραπείας (Citrin & Kapustin, 2016; Pan Health Organization, 2016)

Κατά την διάγνωση ο ασθενής συνήθως νιώθει ισχυρά αρνητικά συναισθήματα, που σχετίζονται άμεσα με την κακοήθεια και δημιουργούνται κυρίως από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην περίπτωση αυτή είναι κυρίως υποστηρικτικός και εστιάζει στην μείωση των συναισθημάτων που διακατέχουν τον ασθενή. Τα χαρακτηριστικά τα οποία πρέπει να διαθέτει ο επαγγελματίας υγείας για να επιτύχει τους στόχους του, θα πρέπει πρωτίστως να είναι οι ειδικές δεξιότητες όσον αφορά την επικοινωνία έτσι ώστε να γίνεται κατανοητός στον ασθενή αλλά και να του δημιουργεί ένα αίσθημα εμπιστοσύνης. Επιπλέον θα πρέπει να έχει θέληση, υπομονή και κατανόηση όσον αφορά την συμπεριφορά και την αντίδραση του ασθενή την στιγμή της διάγνωσης και να στοχεύει στον καθησυχασμό του. Σημαντική είναι επίσης και η μη-λεκτική επικοινωνία στην προσέγγιση του ασθενή, η οποία θα πρέπει να περιλαμβάνει ενθαρρυντικές κινήσεις και εκφράσεις προσώπου έτσι ώστε το άτομο να αισθανθεί άνετα να εκφράσει τα συναισθήματα του και να δημιουργηθεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης (Osborn et al., 2016; Φουντούκη & Θεοφανίδης, 2012).

Έχει διαπιστωθεί πως η νοσηλευτική υποστήριξη έχει θετικά αποτελέσματα αφού βελτίωσε σημαντικά την εμπειρία των νεοδιαγνωσθέντων ασθενών με καρκίνο του μαστού, και μείωσε τα προβλήματα τα οποία σχετίζονται τόσο με τον συντονισμό φροντίδας και την λήψη πληροφοριών όσο και με την ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Μάλιστα, σε σύγκριση που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς ελέγχου, φαίνεται πως όσοι έλαβαν νοσηλευτική υποστήριξη, αισθάνονταν ότι είναι περισσότερο εμπλεκόμενοι στην φροντίδα τους, επαρκώς ενημερωμένοι, ικανοί να προγραμματίσουν κάτι στο μέλλον και καλύτερα συναισθηματικά υποστηριγμένοι. Οι διαφορές αυτές έγιναν εμφανείς στην εμπειρία του ασθενούς ύστερα από τέσσερις μήνες, το τέλος της περιόδου της παρέμβασης, και πάλι στους δώδεκα μήνες. Η επιμονή των θετικών επιδράσεων της νοσηλευτικής υποστήριξης για οκτώ μήνες μετά την

τελευταία επαφή του ασθενούς με το νοσηλευτικό προσωπικό αποδεικνύει ότι οι νοσηλευτές έκαναν πολλά περισσότερα από το να στηρίζουν τον ασθενή σε μια δύσκολη και αγχωτική στιγμή της ζωής του. Συγκεκριμένα, η νοσηλευτική υποστήριξη φαίνεται να βοήθησε τους ασθενείς να καλλιεργήσουν τις ικανότητες και την αυτοπεποίθησή τους έτσι ώστε να είναι σε θέση να διαχειριστούν αποτελεσματικότερα την ασθένεια και την επακόλουθη θεραπεία της (Wanger et al., 2014).

4.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την μαστεκτομή και στην ποιότητα ζωής

4.2.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή προεγχειρητικά της μαστεκτομής

Την στιγμή που οι περισσότερες γυναίκες πληροφορούνται πως πάσχουν από καρκίνο κυριεύονται από φόβο, stress, θλίψη, απελπισία, νιώθουν αβοήθητες, μερικές ακόμα δεν πιστεύουν πως είναι πραγματικά πάσχοντες. Αυτό συμβαίνει διότι για πολλούς ανθρώπους είναι δύσκολο να πιστέψουν, πως δεν ανήκουν στην υγιή ομάδα πλέον (Barros et al., 2018).

Οι γυναίκες φοβούνται πως οι σχέσεις μεταξύ εκείνων και των οικογενειών τους θα αλλάξουν ραγδαία, καθώς ο καρκίνος δεν επηρεάζει δυσάρεστα μονάχα εκείνες αλλά και το κοντινό συγγενικό τους περιβάλλον, δηλαδή τον σύντροφο και τα παιδιά τους. Εκφράζουν ανησυχία καθώς τις τρομάζει η σκέψη πως δεν θα μπορούν να έχουν μια ολοκληρωμένη θέση στην ανατροφή των παιδιών τους, και πως μπορεί να χάσουν όχι μόνο την κοινωνική αλλά και την σεξουαλική τους ζωή και εικόνα. Γι' αυτούς τους λόγους ο σύζυγος και τα παιδιά της πάσχοντος γυναίκας παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην ψυχολογική αλλά και κοινωνική υποστήριξη (Barros et al., 2018).

Μεγάλης σημασίας είναι ο ρόλος του νοσηλευτή πριν την μαστεκτομή, διότι εκείνος είναι ο αρμόδιος που θα μιλήσει με την ασθενή και θα προσπαθήσει να χτίσει μια θεραπευτικής φύσεως σχέση. Αρχικά θα της κάνει ερωτήσεις ώστε να μπορέσει να κατανοήσει την κατάσταση και την ψυχολογία της. Οι ερωτήσεις θα αφορούν τα συναισθήματα της για την διάγνωση, αν γνωρίζει πως λειτουργεί η εγχείρηση και τους λόγους για τους οποίους είναι απαραίτητη, αν χρειάζεται κάποιου είδους βοήθεια ή συμπαράσταση και αν αυτή της παρέχετε από κοντινούς της φίλους ή συγγενείς (Fortacín et al., 2015).

Η διάγνωση μιας τόσο σοβαρής ασθένειας μπορεί να οδηγήσει σε χρόνιο άγχος. Σημαντική θέση έχει ο νοσηλευτής για την πλήρη ενημέρωση, επίλυση όλων των αποριών αλλά και για την ψυχολογική, κοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη της ασθενούς. Θα πρέπει να βεβαιωθεί πως είναι πληροφορημένη για την ύπαρξη και των υπόλοιπων

επαγγελματιών υγείας, όπως ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών, που θα είναι στην διάθεση της οποιαδήποτε στιγμή. Η εκπαίδευση της ασθενούς θα γίνει πριν το χειρουργείο ώστε να μπορεί να είναι σε θέση να ακούσει και να κατανοήσει εκείνα που θα της μεταφέρει ο νοσηλευτής. Θα χρειαστεί να γνωρίζει πως θα περάσει λογικά τουλάχιστον ένα βράδυ στην κλινική και πως η κινητικότητα των άνω άκρων θα είναι περιορισμένη (Fortacín et al., 2015; Weaver, 2009).

Καθήκον του νοσηλευτή, λίγο πριν την επέμβαση, αποτελεί και η συνεχής αξιολόγηση της καρκινοπαθούς, και της κατάστασης υγείας της. Με αυτόν τον τρόπο ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να παρέμβει την κατάλληλη στιγμή αλλά και στον βαθμό που χρειάζεται. Στην συνέχεια θα πρέπει να δημιουργήσει ένα ασφαλές περιβάλλον για την ασθενή, και να γίνει η λήψη ζωτικών σημείων, η αναγνώριση τυχών αλλεργιών, και η χορήγηση της απαραίτητης φαρμακευτικής αγωγής. Έπειτα θα πρέπει να βεβαιωθεί πως η ασθενής είναι κατάλληλα ντυμένη για το χειρουργείο, πως έχουν απομακρυνθεί όλα τα χρυσαφικά και προσθετικά, τυχών μανό νυχιών, και πως φοράει το κατάλληλο μέγεθος των αντιθρομβωτικών καλτσών. Τέλος απαραίτητη είναι η διασφάλιση πως η ασθενής έχει περάσει ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα χωρίς λήψη τροφής ή νερού (Hamer, 2010).

4.2.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στο περιεγχειρητικό περιβάλλον

Ο νοσηλευτής αναισθησίας έχει ως προτέρημα την σωματική και ψυχολογική ασφάλιση της ασθενούς. Έχει υποχρέωση να συνεχίσει να ασκεί την γενική νοσηλευτική στην ασθενή λίγο πριν ξεκινήσει το χειρουργείο, δηλαδή διασφαλίζει την σωστή λειτουργία του αναισθησιολογικού μηχανήματος και των μόνιτορ, διεξάγει ταυτοποίηση της ασθενούς και την προέλευση της στο χειρουργείο, την αξιολογεί ως προς την ύπαρξη άγχους και το πως αντιδρά στον χώρο μετά την χορήγηση της προνάρκωσης. Στην συνέχεια συνεργάζεται με τον αναισθησιολόγο Ιατρό ώστε να ολοκληρωθεί ομαλά η αναισθησία της ασθενούς και να μεταφερθεί στο χειρουργικό κρεβάτι (Shields et al., 2016).

Στα πλαίσια του χειρουργείου ο περιεγχειρητικός νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει σε ποιους από τους δυο μαστούς έχει την κακοήθεια. Είναι υπεύθυνος για την συλλογή και την διαθεσιμότητα των ακτινογραφιών της ασθενούς κατά την διάρκεια της επέμβασης, την παροχή των ειδικών δοχείων για την συλλογή του δείγματος ιστού του μαστού που θα αποσταλεί για βιοψία. Η εξέταση της ασθενούς για τυχών αλλεργίες στα τοπικά αναισθητικά, η διευθέτηση ύπαρξης βοηθημάτων θέσης σε περίπτωση που είναι αναγκαία η έκταση των άκρων ανήκουν στα καθήκοντα του (Shields et al., 2016).

Τέλος ο εργαλειοδότης πρέπει να είναι ενήμερος για τις δυο φάσεις του χειρουργείου. Μετά την αφαίρεση της κακοήθειας θα πρέπει να αφαιρέσει τα χρησιμοποιημένα εργαλεία από το τραπέζι και να τα απομακρύνει, έπειτα να ξαναστρώσει το χειρουργικό τραπέζι ώστε κατά την ολική μαστεκτομή όλα τα εργαλεία που επρόκειτο να χρησιμοποιηθούν να είναι αποστειρωμένα. Αναγκαία είναι η εκ νέου χρήση αποστειρωμένων γάντια από όλο το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό της αίθουσας του χειρουργείου (Shields et al., 2016).

4.2.3. Ο ρόλος του νοσηλευτή μετεγχειρητικά της μαστεκτομής

Αμέσως μετά την έξοδο της ασθενούς από το χειρουργείο θα πρέπει να αξιολογηθεί αν έχει ανακτήσει την συνείδηση και σε ποιο βαθμό μπορεί να επικοινωνήσει με τον νοσηλευτή. Ο έλεγχος των αεραγωγών και της παροχής οξυγόνου έχει ζωτική σημασία για τον ασθενή, όπως και η συχνή επανεκτίμηση των ζωτικών σημείων και του monitoring. Με την είσοδο της στην κλίνη είναι απαραίτητο να βρίσκεται σε αναπαυτική θέση, καθαρό και ασφαλές περιβάλλον. Ο ρουχισμός, και το κρεβάτι θα πρέπει να εκτιμώνται επανειλημμένες φορές μέσα στην μέρα για την ύπαρξη κάποιας μετεγχειρητικής αιμορραγίας, όπως και το ποσοστό του πόνου ώστε να χορηγούνται τα κατάλληλα παυσίπονα την σωστή χρονική στιγμή. Τέλος τακτική θα είναι η ενημέρωση της οικογένειας που παραβρίσκεται στο νοσοκομείο για την πρόοδο της ασθενούς (Hamer, 2010, Weaver, 2009).

Οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού έρχονται αντιμέτωπες με δυσμενείς και πρωτοφανείς καταστάσεις σε ψυχικό και σωματικό επίπεδο, καθώς δεν έχουν τις γνώσεις για να αντιμετωπίσουν της ασθένεια και την ραγδαία αλλαγή στην ποιότητα ζωής. Οι νοσηλευτές έχοντας την πιο στενή επαφή με τους ασθενείς από τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας, κατέχουν μια από τις πιο σημαντικές εργασίες που συμπεριλαμβάνει την υποστήριξη τους και των οικογενειών τους μετά την μαστεκτομή που αποτελεί ένα αναπόφευκτο χειρουργείο στην προσπάθεια ίασης της ασθενούς από τον καρκίνο. Επίσης περιλαμβάνει την πλήρη διδασκαλία τους για την αυτοφροντίδα, δηλαδή αλλαγή των επιδέσμων και το άδειασμα της χειρουργικής παροχέτευσης της ασθενούς, την υπενθύμιση λήψης της φαρμακευτικής αγωγής σε σωστές δόσεις και χρόνο, αλλά και η ενθάρρυνση της ασθενούς να λαμβάνει τα παυσίπονα για την μείωση του πόνου. Με άλλα λόγια κατέχουν ένα πολύ σημαντικό ρόλο στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των γυναικών (Yamani Ardakani et al., 2020; Shahsavari et al., 2015; Weaver, 2009).

4.3. Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την διενέργεια των θεραπειών και ποιότητα ζωής

4.3.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην Χημειοθεραπεία

Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να θεραπευτεί χρησιμοποιώντας ένα τύπο θεραπείας ή ακόμη και συνδυασμό διαφόρων κατάλληλων θεραπειών. Η χημειοθεραπεία θεωρείται ως συμπληρωματική θεραπεία και εφαρμόζεται πριν το χειρουργείο, κατά τη διάρκεια αλλά και μετά την εκτέλεση αυτού, δημιουργώντας έτσι συνθήκες καλύτερης πρόγνωσης για τους ασθενείς (DeWit, 2009).

Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος να κατανοήσει τους παράγοντες με τους οποίους τα κύτταρα που έχουν υποστεί βλάβη εξαιτίας του καρκίνου ανταποκρίνονται στη χημειοθεραπεία έτσι ώστε να αντιληφθεί τις επιπτώσεις των ουσιών που θα χορηγήσει στους ασθενείς (Osborn et al., 2014).

Για τη χορήγηση της χημειοθεραπείας χρησιμοποιούνται κεντρικές γραμμές ή δημιουργείται μόνιμη γραμμή η οποία χρησιμοποιείται για αρκετό χρονικό διάστημα. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για τη φροντίδα των γραμμών αυτών και κυρίως του σημείου εισαγωγής με σκοπό την πρόληψη των λοιμώξεων στο σημείο αυτό (DeWit, 2009).

Η πρόληψη των λοιμώξεων, η διατήρηση σταθερού αιμοποιητικού συστήματος, η εκτίμηση των εργαστηριακών δεδομένων, η ανακούφιση από τον πόνο, την ναυτία και τον έμετο, η σωστή χρήση της φαρμακευτικής αγωγής, η διατροφική υποστήριξη, η διατήρηση του βάρους αλλά και η παρακολούθηση του ισοζυγίου υγρών για την πρόληψη ελλείματος είναι οι κυριότερες νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Osborn et al., 2014).

Ο νοσηλευτής καλείται να έχει εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες προκειμένου εκτός από το πρακτικό κομμάτι της φροντίδας να παρέχει και στήριξη στην ασθενή. Οι γυναίκες καλούνται να προσαρμοστούν στις νέες συνθήκες κατά τις οποίες θα επέλθει η απώλεια των μαλλιών τους και του βάρους τους, ο φόβος για τη διάγνωση και τον θάνατο, αλλά και ποικίλες διαταραχές στα διάφορα συστήματα του οργανισμού. Έτσι ο νοσηλευτής πρέπει να δημιουργήσει ένα κλίμα εμπιστοσύνης ανάμεσα στην ασθενή και την οικογένεια, να παρέχει υποστήριξη και συναισθηματική κάλυψη και κυρίως να ενθαρρύνει την ασθενή να αποδεχθεί την καινούργια της εικόνα (DeWit, 2009).

Γενικότερα ο νοσηλευτής είναι αυτός που βρίσκεται σε άμεση επαφή με την ασθενή που λαμβάνει χημειοθεραπεία. Πρέπει να γνωρίζει την ανησυχία της όσον αφορά τα ζητήματα

που σχετίζονται με την εμφάνιση της λόγω των παρενεργειών της χημειοθεραπείας, αφού οι ασθενείς πρέπει να προσεγγίζονται ολιστικά και έτσι να βελτιώνεται η ποιότητα ζωής τους. Οι νοσηλευτές επίσης, μπορούν να μειώσουν τις δυσμενείς επιπτώσεις των συμπτωμάτων στην ποιότητα ζωής μέσω της διαχείρισης της υγείας, της εκπαίδευσης των ασθενών και την παροχή ψυχολογικής φροντίδας, αυξάνοντας έτσι την ελπίδα των γυναικών για καρκίνο του μαστού (Ikeda et al., 2020 ; Li et al., 2021).

4.3.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ακτινοθεραπεία

Ο καρκίνος του μαστού συνεχίζει να είναι ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας που αγγίζει τις γυναίκες παγκοσμίως. Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού και οι προκλήσεις που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι ασθενείς έχουν σημαντικό αντίκτυπο στις γυναίκες (Rawther et al. 2020).

Η ακτινοθεραπεία λαμβάνει χώρα μετά τη εκτομή του όγκου ή τη μερική αφαίρεση του μαστού έτσι ώστε να επιτευχθεί η καταστροφή των μεταστάσεων αλλά και να μειωθεί ο ρυθμός με τον οποίο θα εμφανιστεί ξανά ο καρκίνος (DeWit., 2009).

Η νοσηλευτική φροντίδα στοχεύει στην παροχή κατάλληλης βοήθειας στην ασθενή και τους οικείους της προκειμένου να αποδεχθεί ότι προσβλήθηκε από τον καρκίνο και τις κατάλληλες θεραπείες για την ίαση της αλλά και στην εκμάθηση των παρενεργειών της θεραπείας με σκοπό να μάθει να τις αντιμετωπίζει. Κατά την έναρξη της θεραπείας η ασθενής οφείλει να είναι ενήμερη για την ακτινοβολία και τα αποτελέσματά της , για τη συνέπεια της ως προς τις συνεδρίες και για τον αντίκτυπο που αυτή μπορεί να έχει στην ίδια και οικογένεια της. Σημαντικό ρόλο όμως κατέχει και η υποστήριξη της ασθενούς σε συναισθηματικό επίπεδο δίνοντας βάση στο χρόνο που ο νοσηλευτής διαθέτει στην ασθενή , στη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και επικοινωνίας με σκοπό την καλύτερη έκβαση της θεραπείας (DeWit., 2009).

Επιπλέον, ο νοσηλευτής οφείλει να παρέχει στο δέρμα της ασθενούς ιδιαίτερη φροντίδα , δίνοντας της να καταλάβει ότι οι βλάβες που τυχόν θα εμφανιστούν σε αυτό δεν είναι μόνιμες. Πρέπει να πραγματοποιείται αξιολόγηση του δέρματος κατά της διάρκεια της ακτινοθεραπείας για την εντόπιση τυχόν αντιδράσεων αλλά και παρακολούθηση της ασθενούς για σημεία λύσης του δέρματος, ώστε αυτά να αντιμετωπιστούν άμεσα. Οι ασθενείς αλλά και οι οικογένειές τους είναι σημαντικό να εκπαιδευτούν ως προς την καλή διατήρηση της υγιεινής του δέρματος ώστε να μπορούν να εντοπίζουν έγκαιρα σημεία πιθανής λοίμωξης, ως προς την προστασία του σημείου αυτού το οποίο και σημειώνεται με ειδικό μαρκαδόρο από τους ειδικούς αλλά και ως προς την ξεκούραση και την ενδυμασία που θα πρέπει να επιλέγει η

ασθενής να φοράει για την πρόληψη πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών (Osborn et al., 2014; DeWit., 2009).

Ιδιαίτερη σημασία έχει και η προστασία των ίδιων των νοσηλευτών καθώς κατά την εσωτερική ακτινοβολία το ισότοπο εισέρχεται εντός του σώματος της ασθενούς με αποτέλεσμα να μεταδίδεται επικίνδυνη ακτινοβολία για κάποιο χρονικό διάστημα. Έτσι ο νοσηλευτής πρέπει να υιοθετήσει τη χρήση ειδικών προφυλάξεων και τεχνικών εφόσον έρχεται σε άμεση επαφή με το θεραπευόμενο άτομο, να ενημερώσει το στενό περιβάλλον του ασθενή και να παρέχει σωστή διδασκαλία ως προς το ραδιενεργό στοιχείο που θα λάβει η ασθενής και το χρόνο ημίσειας ζωής του (DeWit., 2009).

Τέλος, η κόπωση που σχετίζεται με τον καρκίνο είναι το πιο κοινό και επώδυνο σύμπτωμα, τόσο κατά τη διάρκεια όσο και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας του, καθώς επηρεάζει την ικανότητα των ασθενών να επιτελούν δραστηριότητες σχετικά με την καθημερινή διαβίωση και μειώνει τα προσωπικά και κοινωνικά τους όρια μέσα στην οικογένεια και την κοινότητα. Η θεραπεία της γνωστικής συμπεριφοράς με τη βοήθεια των νοσηλευτών είναι αποτελεσματική στην πρόληψη της αύξησης του επιπέδου κόπωσης, αλλά γενικότερα και στην αύξηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία (Lee et al., 2011).

4.4. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχολογική υποστήριξη και ποιότητα ζωής

Σε πολλές έρευνες όπως των Frick και συν, (2019), και των Berezowska και συν, (2019) για την αναγνώριση των αναγκών, της αναβάθμισης της ποιότητας ζωής και την μείωση του άγχους και της δυσφορίας που προκαλεί ο καρκίνος, οι νοσηλευτές επιλέχθηκαν ανάμεσα σε άλλους επαγγελματίες υγείας, επειδή έρχονται σε συχνή επικοινωνία με τους ασθενείς, να διεκπεραιώσουν την αξιολόγηση αυτή χρησιμοποιώντας τα κατάλληλα εργαλεία και προσωπικές συζητήσεις. Η επιλογή του νοσηλευτικού προσωπικού ίσως είναι η καλύτερη επιλογή διότι σύμφωνα με τους Ploos van Amstel και συν, (2017), οι ασθενείς έχουν λιγότερες πιθανότητες να στιγματιστούν όπως θα γινόταν αν , έκαναν συνεδρίες με ψυχολόγο, οι οποίες εξισώνονται με την ύπαρξη ψυχολογικών προβλημάτων από την κοινωνία. Αυτά τα προγράμματα ψυχολογικής υποστήριξης από εκπαιδευμένους νοσηλευτές βοήθησαν τους ασθενείς να κατανικήσουν τις φοβίες τους και να ελέγξουν ή να αποφύγουν τα καταθλιπτικά επεισόδια. Η μελέτη των Kim και συν, (2018), έδειξε πως οι συνεδρίες βελτίωσαν την ποιότητα ζωής και την ψυχολογία των ασθενών που είχαν πολλές πιθανότητες εμφάνισης διαταραχών, ενώ η έρευνα των Cheng και συν, (2018) έδειξε πως μείωσαν τα προβλήματα ύπνου, την

δυσκοιλιότητα και τις οικονομικές επιπτώσεις στα άτομα με καρκίνο του μαστού. Τέλος ακόμη και η τηλεφωνική επικοινωνία με τους ασθενείς μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα, και να διευκολύνει τους νοσηλευτές να αξιολογήσουν το επίπεδο και το βαθμό κοινωνικοποίησης τους, ενός δηλαδή παράγοντα που επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής, την ανάρρωσή τους, τις διατροφικές τους συνήθειες και την σωματική τους άσκηση και υγεία (Wu et al., 2020)

Όσον αφορά την σεξουαλική ζωή και την δυαδική προσαρμογή, τα αποτελέσματα της έρευνας των Telli & Gürkan, (2019) έδειξαν πως οι δυο αυτοί παράγοντες σχετίζονται μεταξύ τους και η υποβολή της ασθενούς σε μαστεκτομή μειώνει την σεξουαλική λειτουργία και την δυαδική προσαρμογή σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν έχουν υποστεί μαστεκτομή. Παρατηρήθηκε επίσης πως όταν οι γυναίκες ήταν πλήρως ενημερωμένες και είχαν επαρκές εισόδημα μετά την θεραπεία του καρκίνου του μαστού, είχαν και καλύτερη σεξουαλική λειτουργία. Γι' αυτό το λόγο οι νοσηλευτές κατέχουν μια θέση μεγάλης βαρύτητας καθώς μέσα από την νοσηλευτική διεργασία μπορούν να έχουν μια σφαιρική προσέγγιση στο θέμα, να αξιολογήσουν τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ασθενών και των φροντιστών τους, να παρέχουν πληροφορίες, ψυχολογική αλλά και κοινωνική υποστήριξη στην ασθενή. Σε αυτή την φάση της αξιολόγησης θα μπορούσαν να ξεκινήσουν ένα διάλογο ώστε να μπορέσουν να αντλήσουν τις πληροφορίες που χρειάζονται και να κάνουν την ασθενή να νιώσει πιο άνετα ώστε να ανοιχτεί και να μιλήσει για όσα την ταλαιπωρούν. Θα πρέπει να εκτιμούν αν ένα ζευγάρι έχει μειωμένη δυαδική αντιμετώπιση, και σεξουαλικές δυσλειτουργίες ώστε σε περίπτωση ανάγκης να εκπαιδεύσουν την ασθενή για την προσέγγιση του συντρόφου της ώστε να βελτιωθούν οι σεξουαλικές τους συνήθειες, και να συστήσουν στο ζευγάρι να επισκεφτεί ειδικούς συμβούλους γάμου ή δυαδικών σχέσεων μετά την μαστεκτομή. Η ενθάρρυνση των συντρόφων να μείνουν ενεργοί και στο πλευρό των ασθενών είναι σημαντική για την αποφυγή της κατάθλιψης και την μείωση των συμπτωμάτων της πρώιμης εμμηνόπαυσης, που οδηγούν σε σεξουαλικά προβλήματα και μειωμένη ποιότητα ζωής. Συνήθειες και μηχανισμοί ενός ζευγαριού μπορεί να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση και ανάκαμψη από την χειρουργική επέμβαση και ενδυνάμωση της σχέσης τους (Badr et al., 2019; Paterson et al., 2016; Park & Yoon, 2013).

Οι θεραπείες του καρκίνου του μαστού διασφαλίζουν την ίαση ή έστω την επέκταση της διάρκειας ζωής του ατόμου, όμως υπάρχουν πιθανότητες να δημιουργήσουν παρενέργειες μετά την ολοκλήρωσή τους που έχουν αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής, όπως το λεμφοίδημα. Οι νοσηλευτές κατέχοντας τις απαραίτητες γνώσεις για την παθοφυσιολογία του

λεμφοιδήματος μπορούν να το διαγνώσουν στα αρχικά στάδια. Κατέχοντας μια πολύ σημαντική θέση στην διεπιστημονική ομάδα, οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν την ικανότητα ολιστικής αξιολόγησης των ασθενών με καρκίνο του μαστού ώστε να μπορούν να εντοπίσουν εκείνους που διατρέχουν τον κίνδυνο εμφάνισης δευτερογενούς λεμφοιδήματος, να παραπέμψουν τους ασθενείς στους κατάλληλους επαγγελματίες υγείας για την πλήρη διάγνωση, διαχείριση και θεραπεία της πάθησης, και να τους παρέχουν ψυχολογική ενίσχυση (McCaulley & Smith, 2014; Ryan et al., 2012).

Η παροχή σωματικής άσκησης από νοσηλευτές και η λεμφική αποστράγγιση αποτελούν μη φαρμακευτικές προσεγγίσεις που βοηθούν στην προσαρμογή των ασθενών, στην εξάλειψη του λεμφοιδήματος και την αύξηση της ποιότητας ζωής. Οι παρεμβάσεις αυτές μπορούν να υλοποιηθούν στο νοσοκομείο ή στο σπίτι ασθενών που στο παρελθόν έχουν υποβληθεί σε θεραπείες κατά του καρκίνου του μαστού. Το λεμφοίδημα μπορεί να δημιουργηθεί μετά από μήνες ή χρόνια από την ολοκλήρωση των θεραπειών, και αποτελεί μια επίπονη πάθηση που είναι δύσκολο να θεραπευτεί. Η διδασκαλία των ασθενών από τους νοσηλευτές για την αναγνώριση των πρώιμων συμπτωμάτων χρήζει ύψιστης σημασίας, διότι όσο πιο γρήγορα γίνει η διάγνωση και ξεκινήσουν οι θεραπείες ενδέχεται να αποφευχθεί η εξέλιξη της σε χρόνια πάθηση. Γεγονός που επιβεβαιώνει η έρευνα της Josephine, (2019) που έδειξε πως η λήψη προληπτικών μέτρων όπως οι ασκήσεις και φροντίδα του βραχίονα και η αυτό-λεμφική αποστράγγιση μειώνουν την εμφάνιση του λεμφοιδήματος και αυξάνουν την ποιότητα ζωής. Παρόμοια αποτελέσματα είχε και η μελέτη των Majed και συν, (2020) οι οποίοι ανέφεραν ότι η συστηματική και πολυδιάστατη, από ένα νοσηλευτή προς έναν ασθενή διδασκαλία και η συχνή τηλεφωνική επικοινωνία μεταξύ τους είχαν θετικά αποτελέσματα στο εύρος κίνησης του ώμου και στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Τέλος ακόμα δυο έρευνες που συσχέτισαν την γυμναστική με την βελτίωση της κίνησης του βραχίονα, την ποιότητα ζωής και την μείωση του λεμφοιδήματος είναι των Dönmez και συν, (2017) και των Zhang και συν, (2016).

Άλλοι δυο παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και οι νοσηλευτές έχουν τις γνώσεις να προσφέρουν καθοδήγησή στους ασθενείς ώστε να βελτιωθούν ή και να ξεπεραστούν πλήρως είναι η ποιότητα διατροφής, οι εξάψεις και οι νυχτερινές εφιδρώσεις. Ξεκινώντας με την δίαιτα σημαντικό είναι να σημειωθεί πως πολλές γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο δεν ακολουθούν ένα υγιεινό πρότυπο ζωής, με σωστή διατροφή, γυμναστική, και συντήρηση σωστού βάρους. Οι περισσότερες ασθενείς δεν συνειδητοποιούν πόσο σημαντικό ρόλο παίζει ο τρόπος ζωής και διατροφής στην επανεμφάνιση του καρκίνου και δυστυχώς οι

πιθανότητες να εντάξουν στην καθημερινή τους ζωή ένα ισορροπημένο διατροφικό πρόγραμμα μειώνεται όσο περισσότερος καιρός περνάει από την διάγνωση. Προκειμένου λοιπόν να βελτιωθεί η ποιότητα διατροφής των ασθενών απαραίτητο είναι να ληφθούν μέτρα όπως οι συναντήσεις ή τα τηλεφωνήματα συμβουλευτικού χαρακτήρα, ή η χρήση ιστοσελίδων και ειδικών τηλεφωνικών εφαρμογών. Μάλιστα, η έρευνα των Del Valle και συν., που διεξαχθεί το 2018, έδειξε πως η ταχυδρομική αποστολή ενός ειδικού συμβουλευτικού οδηγού και η τηλεφωνική επικοινωνία των ασθενών με νοσηλευτές είχε θετικά αποτελέσματα στην ποιότητα διατροφής, καθώς οι ασθενείς κατέληξαν να καταναλώνουν λιγότερη ποσότητα ζωικού λίπους. Τέλος η σωστή διαχείριση του βάρους και της διατροφής έχουν μεγάλη επιρροή στην διάρκεια επιβίωσης του ατόμου αλλά και στην ποιότητα ζωής του όπως έδειξε η έρευνα των Christifano και συν., (2016) η οποία ανέφερε επίσης πως η βελτίωση της διατροφής των ασθενών δεν θα μπορούσε να μην οδηγήσει και στην μείωση του βάρους (Goode et al, 2015; Del Valle et al, 2014; Spark et al, 2013).

Οι θεραπείες του καρκίνου προκαλούν εντονότερες εξάψεις και νυχτερινές εφιδρώσεις, λόγω καταστολής των οιστρογόνων. Παρόλο που υπάρχουν φαρμακευτικές θεραπείες για την μείωση των συμπτωμάτων αυτών, που όμως έχουν αρκετές παρενέργειες στην ζωή των ασθενών, οι περισσότερες γυναίκες επιλέγουν μη φαρμακευτικές προσεγγίσεις. Μια από αυτές είναι η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, η οποία σύμφωνα με έρευνες όπως των Atema και συν, (2019) βοηθάει τους ασθενείς να μειώσουν τα συμπτώματα των εφιδρώσεων και των εξάψεων, καθώς οι αρνητικές σκέψεις που έχουν οι ίδιες για τον εαυτό τους τα καθιστούν δυσχερέστερα. Με την βοήθεια ενός ειδικού, μπορούν να επιτευχθούν γνωστικές και συμπεριφορικές αλλαγές, που θα τροποποιήσουν το πως οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τις νυχτερινές εφιδρώσεις και εξάψεις, όπως και αλλαγές στην διάθεση, στην ποιότητα ζωής και τον ύπνο. Η έρευνα των Fenlon και συν, (2020) έδειξε για πρώτη φορά πως η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία μπορεί να διεξαχθεί αποτελεσματικά από ειδικά εκπαιδευμένους νοσηλευτές σε επιζώντες από καρκίνο του μαστού και να μειώσει τον βαθμό και την συχνότητα εμφάνισης των εξάψεων και νυχτερινών εφιδρώσεων, το άγχος, να βελτιώσει τον ύπνο αλλά και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Συμπερασματικά καταλήγουμε στο ότι οι συνεδρίες με τους νοσηλευτές έχουν θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής και καθιστούν μια αρκετά καλή εναλλακτική μη φαρμακευτική αντιμετώπιση (Szabo et al 2019; Reece et al, 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1. Περιστατικό 1^ο

Η ασθενής Μ.Σ. προσήλθε στη χειρουργική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών για την πραγματοποίηση προγραμματισμένης μαστεκτομής λόγω διάγνωσης καρκίνου του μαστού στις 28/6/2021. Έγινε λήψη ατομικού και οικογενειακού ιστορικού από την νοσηλεύτρια βάρδιας όπου καταγράφηκαν τα παρακάτω στοιχεία: Γυναίκα ασθενής, ηλικίας 36 ετών, άγαμη, άτεκνη, ιδιωτική υπάλληλος με τόπο μόνιμης κατοικίας το Μεσολόγγι.

Η ασθενής δεν έχει αλλεργίες σε τρόφιμα ή φάρμακα και δεν πάσχει από κανένα λοιμώδες ή χρόνια νόσημα. Στο κοντινό της οικογενειακό περιβάλλον δεν συναντάται κανένα ιστορικό καρκίνου. Κατά τον προεγχειρητικό έλεγχο τα ζωτικά της σημεία ήταν φυσιολογικά (Αρτηριακή Πίεση: 130/85 mmHg, Σφίξεις: 70/min, Θερμοκρασία: 36,6 °C, Αναπνοές: 19/min, SpO2: 100%). Στην ασθενή έγινε καθετηριασμός της δεξιάς υποκλειδίου για την χορήγηση των απαραίτητων υγρών και φαρμάκων.

Την ημέρα πριν το χειρουργείο κατά την προεγχειρητική διαδικασία η ασθενής εξέφρασε στην νοσηλεύτρια βάρδιας τις ανησυχίες και το άγχος της για την μετεγχειρητική της κατάσταση. Η ασθενής μετά την ολοκλήρωση του χειρουργείου εμφάνισε πυρετό με ρίγος 38.9°C, μετεγχειρητικό πόνο, και δυσκολία στον ύπνο εξαιτίας του χειρουργείου.

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική ή Διάγνωση	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
Μετεγχειρητικό πόνο που οφείλεται στην μαστεκτομή	Πόνος	<ol style="list-style-type: none">Χορήγηση αναλγητικών σε συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό.Έλεγχος της λειτουργίας των συσκευών παροχέτευσης γιατί η δυσλειτουργία	<ol style="list-style-type: none">Χορηγήθηκαν αναλγητικά σύμφωνα με τον θεράποντα ιατρό.Ελέγχθηκαν οι παραχοτεύσεις για την ορθή λειτουργία τους και αποφυγή περεταίρω πόνου.	Η ασθενής ανακουφιστική από τον πόνο και είναι πλήρως ενημερωμένη και καθησυχασμένη όσον αφορά την υγεία της και την

		<p>τους μπορεί να προβεί επώδυνη.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Ενημέρωση της ασθενούς πως ο πόνος είναι επερχόμενο σύμπτωμα της μαστεκτομής και ύστερη αξιολόγηση του. 4. Διδασκαλία για την αποφυγή απότομων και επικίνδυνων κινήσεων των άνω άκρων. 5. Καθησυχασμός της ασθενούς. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Ενημερώθηκε η ασθενής από τον νοσηλευτή βάρδιας για την φύση και την αίτια του μετεγχειρητικού πόνου. 4. Ο νοσηλευτής συμβούλεψε την ασθενή για την αποφυγή της έντονης κινητικότητας. 5. Ο νοσηλευτής διέθεσε χρόνο για να καθησυχάσει την ασθενή και να την διαβεβαιώσει πως ο πόνος θα μειωθεί. 	<p>κινητικότητα της.</p>
<p>Πυρετός με ρίγος που σχετίζεται με το χειρουργείο</p>	<p>Πυρετός</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Μέτρηση ζωτικών σημείων. 2. Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων (μετά από γραπτή εντολή γιατρού). 3. IV χορήγηση υγρών. 4. Χρήση κομπρεσών. 5. Τοποθέτηση ηλεκτρικών κουβερτών για την εξάλειψη τους ρίγους. 6. Διατήρηση σωστής θερμοκρασίας περιβάλλοντος. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Μετρήθηκαν τα ζωτικά σημεία. 2. Χορηγήθηκαν τα αντιπυρετικά. 3. Έγινε χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών. 4. Χρησιμοποιήθηκαν κομπρέσες. 5. Τοποθετήθηκαν ηλεκτρικές κουβέρτες 6. Διατηρήθηκε ιδανική θερμοκρασία δωματίου. 	<p>Έγινε λήψη ζωτικών μια ώρα μετά και η θερμοκρασία της ασθενούς είχε μειωθεί στα φυσιολογικά επίπεδα (36,7 C).</p>

<p>Δυσκολία ύπνου που σχετίζεται με το χειρουργείο</p>	<p>Διακοπτόμενος ύπνος</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει την ασθενή να συζητήσει τα προβλήματα της ώστε να μειωθεί το άγχος και η αγωνία. 2. Εξασφάλιση ήρεμου και ασφαλούς περιβάλλοντος. 3. Χορήγηση ηρεμιστικών σύμφωνα με ιατρική οδηγία. 4. Χρησιμοποιεί μέσα που διευκολύνουν τον ύπνο (να πιεί ένα ζεστό ρόφημα και να έχει μαζί της προσωπικά αντικείμενα ώστε να νιώθει πιο άνετα). 5. Προγραμματίζει τον ύπνο της ημέρας ώστε να μην είναι παρατεταμένος. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Πραγματοποιήθηκε συζήτηση μεταξύ της ασθενούς και του νοσηλευτή για τα θέματα που την ανησυχούν. 2. Το περιβάλλον διατηρήθηκε στις κατάλληλες συνθήκες θερμοκρασίας, φωτισμού και θορύβων ώστε να είναι άνετο για την ασθενή. 3. Έγινε χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων. 4. Η μητέρα της ασθενούς ενημερώθηκε και της έφερε το προσωπικό της μαξιλάρι και οι νοσηλευτές τις προσέφεραν ένα ζεστό ρόφημα μετά την λήψη των ηρεμιστικών. 5. Έγινε τακτική λήψη ζωτικών σημείων ώστε ο ύπνος της ασθενούς να μην είναι παρατεταμένος μέσα στην ημέρα και να παρακολουθείτε καθώς είναι σε ευάλωτη κατάσταση ύστερα από το χειρουργείο. 	<p>Η ασθενής ένιωσε άνετα με την χρήση του προσωπικού της αντικειμένου. Κατανάλωσε ένα ζεστό ρόφημα και κοιμήθηκε με την βοήθεια της φαρμακευτικής αγωγής.</p>
--	----------------------------	---	---	--

<p>Άγχος που οφείλεται στην αποκατάσταση και επανένταξη της στην καθημερινότητα α.</p>	<p>Άγχος</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Δημιουργία και διατήρηση σχέσης εμπιστοσύνης με τον νοσηλευτή. 2. Καθοδήγηση της ασθενούς ώστε να παρακολουθεί τον μαστό για ενδείξεις φλεγμονής αιματώματος και αιμορραγίας έτσι ώστε να το αναφέρει στον θεράποντα ιατρό και διδασκαλία τεχνικών φροντίδας της χειρουργημένης περιοχής. 3. Συμβουλές αποφυγής έκτασης και χρήσης των άνω άκρων και διδασκαλία για σταδιακή επαναφορά των καθημερινών δραστηριοτήτων. 4. Αναγνώριση μηχανισμών προσαρμογής, ενθάρρυνση και παρότρυνση από τον νοσηλευτή. 5. Έλεγχος για κατάθλιψη και σημεία 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ο νοσηλευτής διέθεσε χρόνο και δημιούργησε κλίμα εμπιστοσύνης. Η ασθενής τελικά εξέφρασε τα δυσάρεστα συναισθήματα που προκλήθηκαν από την ξαφνική αλλαγή της κατάστασης της υγείας της. 2. Ενημερώθηκε και καθοδηγήθηκε σε θέματα που αφορούν τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και φροντίδα. 3. Ενημερώθηκε για περιορισμό κίνησης και χειρισμών των άνω άκρων καθώς και της σταδιακής επαναφοράς της στην καθημερινότητα. 4. Ο νοσηλευτής στήριξε την ασθενή και την ενημέρωσε με σκοπό να γίνει η λήψη ορθών αποφάσεων που προάγουν την υγεία της. 5. Ο νοσηλευτής μέσα από τον διάλογο έλεγξε για πιθανά σημεία ψυχολογικών διαταραχών. 	<p>Η ασθενής νιώθει καλύτερα και έχει περισσότερη αυτοπεποίθηση για την σταδιακή επανένταξη της στην κοινωνία.</p>
--	--------------	--	---	--

		άρνησης να αποδεχτεί την ασθένεια και την νέα εικόνα σώματος της.		
--	--	---	--	--

5.2. Περιστατικό 2^ο

Η ασθενής Ζ.Κ. προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών αναφέροντας συμπτώματα ναυτίας, εμετού και διάρροιας. Έπειτα από επικοινωνία με τους θεράποντες ιατρούς διαγνώστηκε με παρενέργειες της χημειοθεραπείας που λαμβάνει το τελευταίο χρονικό διάστημα εξαιτίας του καρκίνου του μαστού. Στο ιστορικό αναφέρεται πως η ασθενής είναι γυναίκα, 55 ετών, έγγαμη με ένα τέκνο που το απέκτησε σε ηλικία 30 ετών με φυσιολογική λήψη και τοκετό, κατοικεί στην Πάτρα και είναι δημόσιος υπάλληλος. Η ασθενής βρίσκεται σε εμμηνόπαυση τα τελευταία 8 χρόνια, δεν έχει αλλεργίες σε τρόφιμα ή φάρμακα και δεν πάσχει από λοιμώδη νοσήματα. Στο κοντινό της οικογενειακό περιβάλλον η μητέρα της είχε διαγνωστεί με καρκίνο του θυροειδούς αδένου.

Τα κύρια συμπτώματα ήταν ναυτία, εμετός και τα ζωτικά της σημεία ήταν: Αρτηριακή Πίεση: 115/7 mmHg, Σφίξεις: 70/min, Θερμοκρασία: 37,8 °C, Αναπνοές: 22/min, SpO₂: 98%. Τέλος στην ασθενή τοποθετήθηκε κεντρικός φλεβικός καθετήρας για την χορήγηση υγρών και φαρμάκων. Κατά την παραμονή της στο νοσοκομείο η ασθενής εμφανίζει πυρετό 38,5 °C, κόπωση και έπειτα από διάλογο με τον νοσηλευτή της βάρδιας φαίνεται να έχει ψυχολογικές μεταπτώσεις εξαιτίας της απώλειας μαλλιών.

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
Εμετός που οφείλεται στην δράση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων	Κίνδυνος ηλεκτρολυτικών διαταραχών	<ol style="list-style-type: none"> Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων (ύστερα από ιατρική εντολή). Έλεγχος ισοζυγίου υγρών. Χορήγηση ορού N/S 0,9% εμπλουτισμένο με ηλεκτρολύτες. Ανάπαυση ασθενούς και εξασφάλιση ήσυχου περιβάλλοντος. 	<ol style="list-style-type: none"> Χορηγήθηκαν αντιεμετικά φάρμακα. Έγινε έλεγχος ισοζυγίου. Χορηγήθηκε ορός N/S 0.9% με ηλεκτρολύτες. Αναπαύθηκε η ασθενής και διατηρήθηκε ήσυχο το περιβάλλον. Ενημερώθηκε η ασθενής. Ενημερώθηκε η ασθενής. 	Η ασθενής δεν εμφανίζει τάση προς εμετό.

		<ol style="list-style-type: none"> 5. Ενημέρωση λήψης ελαφριών γευμάτων πριν την χημειοθεραπεία και αποφυγής τροφών με έντονα αρώματα που αυξάνουν την ναυτία. 6. Ενημέρωση της ασθενούς πως η ναυτία και ο εμετός είναι συμπτώματα της χημειοθεραπείας. 7. Ψυχολογική υποστήριξη. 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Ψυχολογική υποστήριξη και διδασκαλία της οικογένειας για συμμετοχή στην φροντίδα. 	
Διάρροια που οφείλεται στην χημειοθεραπεία	Διάρροια	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων (μετά από οδηγία γιατρού). 2. Εκτίμηση χρώματος, ποσότητας και της ποιότητας της κένωσης. 3. Έλεγχος ισοζυγίου υγρών. 4. Χορήγηση ορού N/S 0.9% εμπλουτισμένο με ηλεκτρολύτες 5. Παρατήρηση ασθενούς για συμπτώματα αφυδάτωσης. 6. Αποφυγή τροφών που επιδεινώνουν την διαρροϊκή κένωση και λήψη συχνών και μικρών γευμάτων. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορηγήθηκαν τα φάρμακα. 2. Αξιολογήθηκε η κένωση. 3. Εκτιμήθηκε το ισοζύγιο υγρών. 4. Χορηγήθηκε ορός με ηλεκτρολύτες. 5. Παρατηρήθηκε η ασθενής για συμπτώματα αφυδάτωσης. 6. Ενημερώθηκε η ασθενής για την ποιότητα και ποσότητα των γευμάτων. 	Η ασθενής σταμάτησε να εμφανίζει διάρροια.

Πυρετός που οφείλεται στην χημειοθεραπεία	Πυρετός	<ol style="list-style-type: none"> 1. Μέτρηση ζωτικών σημείων. 2. Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων (μετά από γραπτή εντολή γιατρού). 3. IV χορήγηση υγρών. 4. Χρήση κομπρεσών. 5. Διατήρηση σωστής θερμοκρασίας. περιβάλλοντος 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Μετρήθηκαν τα ζωτικά σημεία. 2. Χορηγήθηκαν τα αντιπυρετικά. 3. Έγινε χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών. 4. Χρησιμοποιήθηκαν κομπρέσες. 5. Διατηρήθηκε ιδανική θερμοκρασία δωματίου. 	Έγινε λήψη ζωτικών μια ώρα μετά και η θερμοκρασία του ασθενούς είχε μειωθεί στα φυσιολογικά επίπεδα (36,8 C).
Κόπωση που οφείλεται στην δράση χημικοθεραπευτικών φαρμάκων	Κόπωση	<ol style="list-style-type: none"> 1. Συζήτηση με την ασθενή για τα προβλήματα που την απασχολούν σχετικά την ασθένεια. 2. Ψυχολογική υποστήριξη. 3. Παρότρυνση της ασθενούς να ασκείται και να λαμβάνει υγιεινά γεύματα που περιλαμβάνουν όλα τα θρεπτικά συστατικά για την ανάκτηση των σωματικών της δυνάμεων. 4. Ενημέρωση της ασθενούς για παράγοντες που επιδεινώνουν την κόπωση. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Συζητήθηκαν τα προβλήματα της ασθενούς. 2. Υποστηρίχθηκε ψυχολογικά από τον νοσηλευτή. 3. Έγινε παρότρυνση της ασθενούς για έναρξης σωματικής άσκησης και υιοθέτησης ενός πλάνου υγιεινής και ισορροπημένης διατροφής. 4. Ενημερώθηκε για τους παράγοντες που επιδεινώνουν την κόπωση. 	Η ασθενής νιώθει ήδη καλύτερα και έχει ανάκτηση τις δυνάμεις της. Φάνηκε να κατανοεί τις οδηγίες των νοσηλευτών.
Ψυχολογικές μεταπτώσεις λόγω απώλειας μαλλιών	Διαταραχή εικόνας σώματος	<ol style="list-style-type: none"> 1. Δημιουργία και διατήρηση σχέσης. εμπιστοσύνης με τον νοσηλευτή 2. Αξιολόγηση των αναγκών της ασθενούς. 3. Χρήση κατάλληλων ενδυμάτων όπως 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ο νοσηλευτής διέθεσε χρόνο και δημιούργησε κλίμα εμπιστοσύνης. Η ασθενής τελικά εξέφρασε τα δυσάρεστα συναισθήματα που προκλήθηκαν από την απώλεια των μαλλιών της. 	Η ασθενής φαίνεται ήδη καλύτερα και δείχνει να κατανοεί τις συμβουλές που τις δόθηκαν.

		<p>σκούφου, μαντιλιού και περούκας καρκινοπαθών.</p> <p>4. Ενθάρρυνση για έκφραση σκέψεων και συναισθημάτων καθώς και αποφυγή αρνητικών σκέψεων</p> <p>5. Καθησυχασμός της ασθενούς και επιβεβαίωση επαναφοράς της τριχοφυΐας ύστερα από την ολοκλήρωση του θεραπευτικού πλάνου.</p> <p>6. Παρότρυνση κοινωνικοποίησης ώστε να μην νιώθει απομονωμένη και φροντίδας εαυτού για να αγαπήσει και να αποδεχτεί την εικόνα της.</p>	<p>2. Αξιολογήθηκαν οι ανάγκες της.</p> <p>3. Ενημερώθηκε για την χρήση κατάλληλων ενδυμάτων και περουκών.</p> <p>4. Ενθαρρύνθηκε για την έκφραση των σκέψεων και συναισθημάτων της καθώς και για την αποφυγή αρνητικών σκέψεων.</p> <p>5. Καθησυχάστηκε και ενημερώθηκε για την επαναφορά της τριχοφυΐας</p> <p>6. Παροτρύνθηκε να κοινωνικοποιηθεί και να φροντίσει την εικόνα της.</p>	
--	--	---	---	--

Συμπεράσματα

Ο καρκίνος του μαστού είναι η πιο συχνά εμφανιζόμενη μορφή καρκίνου στις γυναίκες και επηρεάζει καθοριστικά τόσο την υγεία τους όσο και την ποιότητα ζωής τους. Βέβαια, αξιοσημείωτο είναι πως η πρόληψη αλλά και η έγκαιρη διάγνωση του μπορεί να οδηγήσει σε θετικά αποτελέσματα αφού με τις κατάλληλες παρεμβάσεις/σχήματα θεραπείας μπορεί να καθίσταται σε πολλές περιπτώσεις ακόμη και ιάσιμος.

Ύψιστης σημασίας αποτελεί η διαχείριση της νόσου από τους νοσηλευτές οι οποίοι χρειάζεται να έχουν κατανόηση, ενσυναίσθηση και να λειτουργούν υποστηρικτικά ήδη από την στιγμή της διάγνωσης και σε όλο το διάστημα που ακολουθεί. Άλλωστε, είναι γεγονός πως ο καρκίνος του μαστού επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής της ασθενούς αφού πρώτα από όλα αλλοιώνει την εικόνα σώματος, και έχει ως αντίκτυπο διαταραχές στην ψυχοσύνθεση της με βασικότερες την κατάθλιψη και το άγχος. Επιπλέον κρίνεται αναγκαίο να ειπωθεί πως η ποιότητα ζωής της ασθενούς επηρεάζεται και από άλλους βασικούς παράγοντες όπως τον μακροχρόνιο πόνο, την κοινωνική απομόνωση, και την σεξουαλική δυσλειτουργία.

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι ζωτικής σημασίας αρχικά στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού αφού προλαμβάνεται η εμφάνιση της κακοήθειας ή διαγιγνώσκεται σε πρώιμο στάδιο. Το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να έχει τις απαραίτητες γνώσεις όσον αφορά την διαχείριση της νόσου αλλά και της αντιμετώπισης των συχνών διακυμάνσεων της ψυχολογίας της ασθενούς. Ο νοσηλευτής χρειάζεται να παρέχει στην ασθενή την κατάλληλη υποστήριξη αλλά και καθοδήγηση σχετικά με την θεραπεία της, να εκπαιδεύσει την ίδια και το στενό οικογενειακό της περιβάλλον και να την περιθάλπει κατά την διάρκεια της παραμονής της στο νοσοκομείο.

Εν κατακλείδι, η σωστή διαχείριση της νόσου από τους νοσηλευτές μπορεί να διασφαλίσει και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής της ασθενούς με σκοπό η ίδια να μπορέσει να ανταπεξέλθει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο στις αντιξοότητες που επιφέρει ο καρκίνος του μαστού και να επαναπροσαρμοστεί στην καθημερινότητα της.

Βιβλιογραφία

Abrahams H. J. G., Gielissen M. F. M., Schmits I. C., et al (2016). Risk factors, prevalence, and course of severe fatigue after breast cancer treatment: a meta-analysis involving 12 327 breast cancer survivors. *Annals of Oncology*, 27(6), 965–974.

Advani P., Brewster A. M., Baum G. P., et al (2017). A pilot randomized trial to prevent sexual dysfunction in postmenopausal breast cancer survivors starting adjuvant aromatase inhibitor therapy. *Journal of Cancer Survivorship*, 11(4), 477–485.

Akram M., Iqbal, M., Daniyal M., et al (2017). Awareness and current knowledge of breast cancer. *Biological research*, 50(1), 1-23.

American Cancer Society. What is Breast Cancer? <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/about/what-is-breast-cancer.html>. Τελευταία προσπέλαση Σεπτέμβριος 18, 2019.

American College of Radiology and the Radiological Society of North America. Introduction to cancer therapy (radiation oncology). https://www.radiologyinfo.org/en/info.cfm?pg=intro_onco#part_two . Τελευταία προσπέλαση Δεκέμβριος 26, 2019.

Anderson B., Lipscomb J., Murillo R., et al. (2015). Breast Cancer. Gelband H, Jha P, Sankaranarayanan R, Horton S. Disease Control Priorities. World Bank, Washington, DC, 45-68.

Anderson C., Islam J. Y., Hodgson, M., et al (2017). Long-Term Satisfaction and Body Image After Contralateral Prophylactic Mastectomy. *Annals of Surgical Oncology*, 24(6), 1499–1506

Apoe O., James T., Szalayova G., et al. (2019). BREAST CANCER. G.S. Stein and K.P. Luebbbers. In *Cancer*, John Wiley & Sons Ltd, Berlington, 11, 228-243.

Archangelo S.D.C.V., Sabino Neto M., Veiga D.F., (2019). Sexuality, depression and body image after breast reconstruction. *Clinics*, 74.

Atema V., van Leeuwen M., Kieffer J. M., et al (2019). Efficacy of internet-based cognitive behavioral therapy for treatment-induced menopausal symptoms in breast cancer survivors: results of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 37(10), 809-822.

Ayre K. & Parker C. (2019). Lymphedema after treatment of breast cancer: a comprehensive review. *J Unexplored Med Data*. 4(5).

- Badr H., Bakhshaie J., Chhabria K. (2019). Dyadic Interventions for Cancer Survivors and Caregivers: State of the Science and New Directions. *Seminars in Oncology Nursing*, 35(4), 337-341.
- Badr H., Carmack C. L., Kashy D. A., et al (2010). Dyadic coping in metastatic breast cancer. *Health Psychology*, 29(2), 169–180.
- Bakht S. & Najafi S., (2010). Body image and sexual dysfunctions: comparison between breast cancer patients and healthy women. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 1493-1497.
- Baqutayan, S.M.S. (2012). The effect of anxiety on breast cancer patients. *Indian journal of psychological medicine*, 34(2),119-123.
- Barros A., Conde C., Lemos T., et al (2018) Feelings experienced by women when they are diagnosed with breast cancer. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 12(1), 102-111.
- Beckmann C.R.B, Link R.W, Herbert W.N.P, Laube D.W, Smith R.P, Casanova R., Chuang A., Goepfert A.R, Hueppchen N.A, Weiss P.M. (2014). *Μαιευτική και Γυναικολογία, Ιατρικές εκδόσεις Κωνσταντάρας, Αθήνα.*
- Benjamin I., Griggs R., Wing E., Fitz J., Andreoli T. (2018). *Cecil Βασική Παθολογία*. Broken Hill Publishers LTD, Λευκωσία.
- Berezowska A., Passchier E., Bleiker E. (2019). Evaluating a professional patient navigation intervention in a supportive care setting. *Supportive Care in Cancer*, 27, 3281–3290.
- Bick U, Diekmann F. (2007) Digital mammography: what do we and what don't we know? *Eur Radiol*. 17(8), 1931-1942.
- Bisgin A., Boga I., Yalav O., et al. (2019). BRCA mutation characteristics in a series of index cases of breast cancer selected independent of family history. *Breast J.*, 25, 1029– 1033.
- Bistoni G. & Farhadi J. (2015). Anatomy and physiology of the breast. In *Plastic and reconstructive surgery. Approaches and Techniques*,37, 479-485.
- Bouknight R.R., Bradley C.J., Luo Z., (2006). Correlates of return to work for breast cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 24(3), 345-353.
- Bower J. E. (2014). Cancer-related fatigue--mechanisms, risk factors, and treatments. *Nature reviews. Clinical oncology*, 11(10), 597–609.

Breast Cancer.org. Breast Cancer Stages. <https://www.breastcancer.org/symptoms/diagnosis/staging>. Τελευταία προσπέλαση Μάιος 4, 2020.

Breast Cancer Organization. Ductal Carcinoma in Situ (DCIS). <https://www.breastcancer.org/symptoms/types/dcis>. Τελευταία Προσπέλαση Μάρτιος 9, 2019

Cai, T., Qian, J., Huang, Q. and Yuan, C., 2021. Distinct dyadic coping profiles in Chinese couples with breast cancer. *Supportive Care in Cancer*, 1-10.

Canário A. C. G., Cabral P. U. L., Paiva L. C. de, et al (2016). Physical activity, fatigue and quality of life in breast cancer patients. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 62(1), 38–44.

Carvalho C.M.S. de, Amorim F.C.M., Silva R.T.S. da, et al. (2016). Sentimentos de mulheres com diagnóstico de câncer de mama / Feelings of women diagnosed with breast cancer. *J Nurs UFPE on line*, 10(11), 3942-50.

Casciato D.A, Territo M.C. (2017), *Κλινική Ογκολογία, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.*

Castaneda S.A., & Strasser J. (2017). Updates in the Treatment of Breast Cancer with Radiotherapy. *Surgical oncology clinics of North America*. 26(3), 371–382.

Chaoul A., Milbury K., Spelman A., et al (2018). Randomized trial of Tibetan yoga in patients with breast cancer undergoing chemotherapy. *Cancer*, 124(1), 36–45.

Cheng X., Wei S., Zhang H., et al (2018). Nurse-led interventions on quality of life for patients with cancer: A meta-analysis. *Medicine*, 97(34), e12037.

Cho O.H., Hwang K.H. (2021). Association between sleep quality, anxiety and depression among Korean breast cancer survivors. *Nurs Open*. 8, 1030– 1037.

Christifano D. N., Fazzino T. L., Sullivan D. K., et al (2016). Diet Quality of Breast Cancer Survivors after a Six-Month Weight Management Intervention: Improvements and Association with Weight Loss. *Nutrition and Cancer*, 68(8), 1301–1308.

Citrin DL. and Kapustin J. (2016) How can nurses best help women facing breast cancer. *Nursing and Palliative Care*. Volume 1(2), 38-40.

Constanzo LS. (2013). *Physiology Fourth Edition*. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα.

Cornell, L. F., Mussallem, D. M., Gibson, T. C., et al (2017). Trends in Sexual Function After Breast Cancer Surgery. *Annals of Surgical Oncology*, 24(9), 2526–2538.

Correa C., Harris E. E., Leonardi M. C., et al (2017). Accelerated Partial Breast Irradiation: Executive summary for the update of an ASTRO Evidence-Based Consensus Statement. *Practical Radiation Oncology*. 7(2), 73–79.

Costa W., Monteiro M., Queiroz J., et al. (2017). Pain and quality of life in breast cancer patients. *Clinics*, 72(12), 758–763.

Countercurrents Series, Narod S. A. (2012). Is breast cancer staging obsolete? *Current Oncology (Toronto, Ont.)*, 19(4), 195–196.

Dauplat J. Kwiatkowski F. Rouanet P. et al (2017) Quality of life after mastectomy with or without immediate breast reconstruction. *British Journal of Surgery*, 104(9), 1197–1206.

Dave R.V., Mann G.B. (2019). Malignant breast disease and surgery. Julian A. S., Andrew H.K., Christopher C., Wendy A. B., In *Textbook of Surgery*, John Wiley & Sons Ltd, Oxford, 317-328.

Del Valle M.O., Martín-Payo R., Cuesta-Briand B., et al (2018). Impact of two nurse-led interventions targeting diet among breast cancer survivors: Results from a randomized controlled trial. *European journal of cancer care*, 27(4), e12854.

Del Valle M.O., Martín-Payo R., Lana A., et al (2014). Behavioural cancer risk factors in women diagnosed with primary breast cancer. *Journal of advanced nursing*, 70(12), 2810-2820.

DeWit S. (2009). Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική (τόμος 1). Broken Hill Publishers LTD, Λευκωσία.

DeWit S. (2009). Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική (τόμος 2). Broken Hill Publishers LTD, Λευκωσία.

Diego E.J., McAuliffe P.F., Soran A., et al (2016). Axillary Staging After Neoadjuvant Chemotherapy for Breast Cancer: A Pilot Study Combining Sentinel Lymph Node Biopsy with Radioactive Seed Localization of Pre-treatment Positive Axillary Lymph Nodes. *Annals of surgical oncology*. 23(5). 1549–1553.

Disis M.L. & Stanton S.E. (2018). Immunotherapy in breast cancer: An introduction. *The Breast*, 37, 196–199.

Donker M., van Tienhoven G., Straver M. E., et al. (2014). Radiotherapy or surgery of the axilla after a positive sentinel node in breast cancer (EORTC 10981-22023 AMAROS): a randomised, multicentre, open-label, phase 3 non-inferiority trial. *The Lancet. Oncology*, 15(12), 1303–1310.

Dönmez A. A., & Kapucu S. (2017). The effectiveness of a clinical and home-based physical activity program and simple lymphatic drainage in the prevention of breast cancer-related lymphedema: A prospective randomized controlled study. *European Journal of Oncology Nursing*, 31, 12–21.

Doherty GM. (2018). *Current Diagnosis & Treatment – Surgery*. Broken Hill Publishers LTD, Nicosia.

Dossus L., Benusiglio P.R. (2015). Lobular breast cancer: incidence and genetic and non-genetic risk factors. *Breast cancer research*, 17, 37.

Drake R., Mitchell A., Vogl W. (2006). *Gray’s Ανατομία*. Broken Hill Publishers LTD. Λευκωσία.

Dumalaon-Canaria J. A., Hutchinson A. D., Prichard I. et al (2014). What causes breast cancer? A systematic review of causal attributions among breast cancer survivors and how these compare to expert-endorsed risk factors. *Cancer causes & control*, 25(7), 771–785.

Eaton LH, Narkthong N, Hulett JM. (2020). Psychosocial Issues Associated with Breast Cancer-Related Lymphedema: A Literature Review. *Current Breast Cancer Reports*. 12. 216–224

Esen G., Tutar B., Uras C., et al (2016). Vacuum-assisted stereotactic breast biopsy in the diagnosis and management of suspicious microcalcifications. *Diagnostic and interventional radiology (Ankara, Turkey)*. 22(4), 326–333.

Fang Y.Y., Hung C.T., Chan J.C., et al. (2019). Meta-analysis: Exercise intervention for sleep problems in cancer patients. *Eur J Cancer Care*. 28,13131.

Felce D., Perry J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51–74.

Fenlon D., Maishman T., Day L., et al (2020). Effectiveness of nurse-led group CBT for hot flushes and night sweats in women with breast cancer: Results of the MENOS4 randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*, 29(10), 1514-1523.

Fiorentino L., Rissling M., Liu L., et al (2011). The symptom cluster of sleep, fatigue and depressive symptoms in breast cancer patients: severity of the problem and treatment options. *Drug Discovery Today: Disease Models*, 8(4), 167–173.

Fisusi F. A., Akala E. O. (2019). Drug Combinations in Breast Cancer Therapy. *Pharmaceutical nanotechnology*, 7(1), 3–23.

Fortacín B.C., Fortuño M.L., Puig C.E. et al (2015). Effectiveness of preoperative visit on anxiety, pain, and wellbeing. *Enfermería Global*, 39, 41–51

Freites-Martinez A., Chan D., Sibaud V., et al. (2019). Assessment of Quality of Life and Treatment Outcomes of Patients with Persistent Postchemotherapy Alopecia. *JAMA dermatology*, 155(6), 724-728.

Frick J., Schindel D., Gebert P., et al 2019. Improving quality of life in cancer patients through higher participation and health literacy: study protocol for evaluating the oncological social care project (OSCAR). *BMC health services research*, 19(1), 1-7.

Gandhi C., Butler E., Pesek S., et al (2019). Sexual Dysfunction in Breast Cancer Survivors. *American Journal of Clinical Oncology*, 42(6), 500–506.

Garden O.J, Bradbury A.W, Forsythe J.L.R, Parks R.W., (2012). Αρχές Χειρουργικής Θεωρία και Πράξη. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε, Μεταμόρφωση Αττικής.

Garza R., Skoracki R., Hock K., et al. (2017). A comprehensive overview on the surgical management of secondary lymphedema of the upper and lower extremities related to prior oncologic therapies. *BMC cancer*, 17(1), 468.

Gass J. S., Onstad M., Pesek S., et al (2017). Breast-Specific Sensuality and Sexual Function in Cancer Survivorship: Does Surgical Modality Matter? *Annals of Surgical Oncology*, 24(11), 3133–3140.

Goode A.D., Lawler S.P., Brakenridge C.L., et al (2015). Telephone, print, and Web-based interventions for physical activity, diet, and weight control among cancer survivors: a systematic review. *Journal of Cancer Survivorship*, 9(4), 660-682.

Grada A.A., & Phillips T.J. (2017). Lymphedema: Pathophysiology and clinical manifestations. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 77(6), 1009–1020.

Guo R., Lu G., Qin B., et al (2018). Ultrasound Imaging Technologies for Breast Cancer Detection and Management: A Review. *Ultrasound in Medicine & Biology*, 44(1), 37–70.

Guedes T., Dantas de Oliveira N. P., Holanda, A. M., et al (2018). Body Image of Women Submitted to Breast Cancer Treatment. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 19(6), 1487–1493

Hacker, E. D. (2010). Technology and Quality of Life Outcomes. *Seminars in Oncology Nursing*, 26(1), 47–58.

Hamer V. (2010). Surgery of Breast Cancer. Hammer V. *Breast Cancer Nursing Care and Management*. John Wiley & Sons, 81-102.

Hamood R., Hamood H., Merhasin I., et al. (2017). Chronic pain and other symptoms among breast cancer survivors: prevalence, predictors, and effects on quality of life. *Breast Cancer Research and Treatment*, 167(1), 157–169.

Han J., Grothuesmann D., Neises M., et al (2010). Quality of life and satisfaction after breast cancer operation. *Archives of gynecology and obstetrics*, 282(1), 75-82.

Hayes S. C., Johansson K., Stout N. L., et al (2012). Upper-body morbidity after breast cancer. *Cancer*, 118(8), 2237–2249.

Houfek J.F., Waltman N.L., Kile M.A. (1997). The nurse's role in promoting breast cancer screening. *Nebr Nurse*. Volume 30(3), 4-9.

Hungr C., Sanchez-Varela, V., Bober S.L. (2017). Self-image and sexuality issues among young women with breast cancer: practical recommendations. *Revista de investigacion clinica*, 69(2), 114-122.

Ikeda M., Tamai N., Kanai H., et al. (2020). Effects of the appearance care program for breast cancer patients receiving chemotherapy: A mixed method study. *Cancer Reports*, 3, 1242.

Ishveen C. & Khalid M.K. (2012). A systematic review of quality of life instruments in long-term breast cancer survivors, 10(1), 14.

İzci, F., Sarsanov, D., Erdogan, Z., et al (2018). Impact of Personality Traits, Anxiety, Depression and Hopelessness Levels on Quality of Life in the Patients with Breast Cancer. *European Journal of Breast Health*, 14, 105-111.

Jacob S.A., Do V., Wilson B.E., et al (2021). The value of first-line chemotherapy and targeted therapy in the treatment of breast cancer. *Eur J Cancer Care*, 30, 1-9.

Johnsson A., Fornander T., Rutqvist L.E., et al (2010). Factors influencing return to work: a narrative study of women treated for breast cancer. *European journal of cancer care*, 19(3), 317-323.

Jong M. C., Boers I., Schouten van der Velden A. P., et al (2018). A Randomized Study of Yoga for Fatigue and Quality of Life in Women with Breast Cancer Undergoing (Neo) Adjuvant Chemotherapy. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 24(9-10), 942–953.

Kang D., Kim I.R., Choi E.K, et al. (2019). Permanent Chemotherapy-Induced Alopecia in Patients with Breast Cancer: A 3-Year Prospective Cohort Study. *The Oncol*, 24: 414-420.

Kapil U., Bhadoria A. S., Sareen N., et al (2014). Reproductive factors and risk of breast cancer: A Review. *Indian journal of cancer*, 51(4), 571–576.

Karan A., Wright R. C., Robbins M. L. (2016). Everyday emotion word and personal pronoun use reflects dyadic adjustment among couples coping with breast cancer. *Personal Relationships*, 24(1), 36–48.

Karimi M., Brazier J. (2016). Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics*, 34(7), 645-649.

Kashani F., Kashani P. (2014). The effect of massage therapy on the quality of sleep in breast cancer patients. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 19(2), 113–118.

Kennedy F., Haslam C., Munir F., et al (2007). Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer. *European journal of cancer care*, 16(1), 17-25.

Kim M.S., Kim S.Y., Kim J.H., et al. (2017). Depression in breast cancer patients who have undergone mastectomy: A national cohort study. *PLOS ONE*, 12(4), e0175395.

Kim, S. H., Cho, Y. U., Kim, S. J., et al (2013). Low bone density in breast cancer survivors in Korea: Prevalence, risk factors and associations with health-related quality of life. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(2), 196–203.

- Kim Y. H., Choi K. S., Han K., et al (2018). A psychological intervention programme for patients with breast cancer under chemotherapy and at a high risk of depression: A randomised clinical trial. *Journal of clinical nursing*, 27(3-4), 572–58.
- Kowalczyk R., Nowosielski K., Cedrych I., et al. (2018). Factors affecting sexual function and body image of early stage breast cancer survivors in Poland: A short-term observation. *Clinical Breast Cancer*, 19(1) e30-e39.
- Kwait R.M., Pesek S., Onstad M., et al (2016). Influential forces in breast cancer surgical decision making and the impact on body image and sexual function. *Annals of surgical oncology*, 23(10), pp.3403-3411.
- Lee G. K., & Shekter C. C. (2018). Breast Reconstruction Following Breast Cancer Treatment—2018. *JAMA*, 320(12), 1277–1278.
- Lee H., Lim Y., Yoo M.S., Kim Y. (2011). Effects of a Nurse-Led Cognitive-Behaviour Therapy on Fatigue and Quality of Life of Patients with Breast Cancer Undergoing Radiotherapy, *Cancer Nursing*, 34(6), 22-30.
- Lee M. K., Kang H. S., Lee K. S., et al (2016). Three-Year Prospective Cohort Study of Factors Associated with Return to Work After Breast Cancer Diagnosis. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 27(4), 547–558.
- Lennan E. (2011). Chemotherapy as a Treatment for Breast Cancer. Harmer V. In *Breast Cancer Nursing Care and Management*. Blackwell Publishing Ltd, London, 149-172.
- Leysen L., Beckwée D., Nijs J., et al. (2017). Risk factors of pain in breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, 25(12), 3607–3643.
- Lin X.-J., Lin I.-M., Fan, S.-Y. (2013). Methodological issues in measuring health-related quality of life. *Tzu Chi Medical Journal*, 25(1), 8–12.
- Lipsett A., Barrett S., Haruna F., et al (2017). The impact of exercise during adjuvant radiotherapy for breast cancer on fatigue and quality of life: A systematic review and meta-analysis. *The Breast*, 32, 144–155.
- Liu J., Peh C.X., Mahendran R. (2017). Body image and emotional distress in newly diagnosed cancer patients: The mediating role of dysfunctional attitudes and rumination. *Body image*, 20, 58-64.

Liu L., Rissling M., Natarajan L., et al (2012). The Longitudinal Relationship between Fatigue and Sleep in Breast Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *Sleep*, 35(2), 237–245.

Li Y., Ni N., Zhou Z., Dong J., et al. (2021), Hope and symptom burden of women with breast cancer undergoing chemotherapy: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*.

Lopes F.L.L., Lopes I.M., Lopes LR., Enokihara M.M., Michalany AO., & Matsunaga N. (2015). Mammary and extramammary Paget's disease. *Anais brasileiros de dermatologia*, 90(2), 225–231.

Lötzke D., Wiedemann F., Rodrigues Recchia D., et al (2016). Iyengar-Yoga Compared to Exercise as a Therapeutic Intervention during (Neo)adjuvant Therapy in Women with Stage I-III Breast Cancer: Health-Related Quality of Life, Mindfulness, Spirituality, Life Satisfaction, and Cancer-Related Fatigue. *Evidence-based complementary and alternative medicine: eCAM*, 2016, 1-8.

Loudon H.C. (2020). Osteoporosis. Sperling R. In *Obstetrics and Gynecology*. Wiley Blackwell, Oxford, 243-252.

Lourenço A., Dantas A.A.G., de Souza J.C., et al. (2021), Sleep quality is associated with Disability and Quality of life in breast cancer survivors: a cross-sectional pilot study. *Eur J Cancer Care*, 30.

Lowery-Allison A. E., Passik S. D., Cribbet M. R., et al (2017). Sleep problems in breast cancer survivors 1–10 years posttreatment. *Palliative and Supportive Care*, 16(3), 325–334.

Majed M., Neimi C. A., Youssef S. M., et al (2020). The Impact of Therapeutic Exercises on the Quality of Life and Shoulder Range of Motion in Women After a Mastectomy, an RCT. *Journal of cancer education: the official journal of the American Association for Cancer Education*.

Mann R.M., Balleyguier C., Baltzer P.A., et al (2015). Breast MRI: EUSOBI recommendations for women's information. *European Radiology*, 25(12), 3669-3678.

Manneville F., Rotonda C., Conroy T., et al (2017). The impact of physical activity on fatigue and quality of life during and after adjuvant treatment for breast cancer. *Cancer*, 124(4), 797–806.

Malvia S., Bagadi S.A., Dubey U.S. et al (2017). Epidemiology of breast cancer in Indian women. *Asia-Pac J Clin Oncol*, 13, 289-295.

McCaulley L., & Smith J. (2014). Diagnosis and treatment of lymphedema in patients with breast cancer. *Clinical journal of oncology nursing*, 18(5), E97–E102.

McClung M.R., Miller P.D. & Papapoulos S.E. (2018). Osteoporosis. In *Primer on the Metabolic Bone Diseases and Disorders of Mineral Metabolism*. Bilezikian J.P., Bouillon R., Clemens T., Compston J., Bauer D.C., Ebeling P.R, Engelke K., Goltzman D., Guise T., Beur S.M., Jüppner H., Lyons K., McCauley L., McClung M.R., Miller P.D., Papapoulos S.E., Roodman G.D., Rosen C.J., Seeman E., Thakker R.V., Whyte M.P., Zaidi M. *Primer on the Metabolic Bone Diseases and Disorders of Mineral Metabolism (Ninth Edition)*, Wiley Blackwell, Hoboken USA, 393-397.

McGuire A. Brown JA. Kerin MJ. (2015). Metastatic breast cancer: the potential of miRNA for diagnosis and treatment monitoring. *Cancer metastasis reviews*, 34(1). 145–155.

Mikami T., Koyama A., Hashimoto K. et al. (2019). Pathological changes in the lymphatic system of patients with secondary upper limb lymphoedema. *Scientific reports*, 9(1), 8499.

Mohammadi S., Sulaiman S., Koon P. B., et al. (2013). Impact of Healthy Eating Practices and Physical Activity on Quality of Life among Breast Cancer survivors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(1), 481–487.

Mols F., Vingerhoets A.J., Coebergh J.W. et al (2005). Quality of life among long-term breast cancer survivors: a systematic review. *European journal of cancer*, 41(17), 2613-2619.

Mukama T., Kharazmi E., Sundquist K., et al (2020). Familial risk of breast cancer by dynamic, accumulative, and static definitions of family history. *Cancer*, 126, 2837-2848.

National Comprehensive Cancer Network. (2020). Breast Cancer Metastatic. https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/stage_iv_breast-patient.pdf Τελευταία προσπέλαση Μάρτιος 6, 2020.

NHS. Overview Lymphoedema. <https://www.nhs.uk/conditions/lymphoedema/#:~:text=Lymphoedema%20is%20a%20long%20term,system%20does%20not%20work%20properly>. Τελευταία προσπέλαση Νοέμβριος 25, 2019

Nomura S.J.O., Dash C., Rosenberg L., et al. (2016), Adherence to diet, physical activity and body weight recommendations and breast cancer incidence in the Black Women's Health Study. *Int. J. Cancer*, 139, 2738-2752.

Orchard, T.S., Andridge R.R., Yee L.D., et al. (2017). Diet Quality, Inflammation, and Quality of Life in Breast Cancer Survivors: A Cross-Sectional Analysis of Pilot Study Data. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 118(4), 578-588.

Osborn K. (2016). Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική (τόμος 2). Broken Hill Publishers LTD, Λευκωσία.

Ou H.T., Chung W.P., Su P.F., et al. (2019). Health-related quality of life associated with different cancer treatments in Chinese breast cancer survivors in Taiwan. *Eur J Cancer Care*. 28, 13069.

Palacios, S., Neyro, J. L., Fernández de Cabo, S., et al (2013). Impact of osteoporosis and bone fracture on health-related quality of life in postmenopausal women. *Climacteric*, 17(1), 60–70.

Pan American Health Organization <https://www.paho.org/en/documents/prevention-breast-cancer-risk-factors-and-prevention>. Τελευταία προσπέλαση Σεπτέμβριος 27, 2016

Park H., Yoon H. G. (2013). Menopausal symptoms, sexual function, depression, and quality of life in Korean patients with breast cancer receiving chemotherapy. *Supportive Care in Cancer*, 21(9), 2499–2507.

Paschou S.A., Augoulea A., Lambrinouadaki, I. (2019). Bone health care in women with breast cancer. *Hormones*, 19, 171–178.

Paterson C. L., Lengacher C. A., Donovan K. A., et al (2016). Body Image in Younger Breast Cancer Survivors: A Systematic Review. *Cancer nursing*, 39(1), E39–E58.

Perry S., Kowalski T.L., Chang C.H. (2007). Quality of life assessment in women with breast cancer: benefits, acceptability, and utilization. *Health and Quality of life Outcomes*, 5(1), 1-14.

Pierrisnard C., Baciuchka M., Mancini J., et al (2017). Body image and psychological distress in women with breast cancer: a French online survey on patients' perceptions and expectations. *Breast Cancer*, 25(3), 303–308.

Pippin MM, Boyd R. (2020). Breast Self-Examination. *StatPearls*.

Pisegna J., Xu M., Spees C. et al. (2021). Mental health-related quality of life is associated with diet quality among survivors of breast cancer. *Support Care Cancer* 29, 2021–2028.

Ploos van Amstel F. K., Peters M. E., Donders R. A., et al (2019). Does a regular nurse-led distress screening and discussion improve quality of life of breast cancer patients treated with curative intent? A randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 29, 719-728.

Pössel P., Adams E., Valentine J.C. (2012). Depression as a risk factor for breast cancer: investigating methodological limitations in the literature. *Cancer Causes Control*, 23, 1223–1229.

Prates A. Freitas-Junior R., Prates M., et al (2017). Influence of Body Image in Women Undergoing Treatment for Breast Cancer. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*, 39(4), 175–183.

Przedziecki A., Sherman K.A., Baillie A., et al (2013). My changed body: breast cancer, body image, distress, and self-compassion. *Psycho-oncology*, 22(8), 1872-1879.

Purkayastha D., Venkateswaran C., Nayar K., et al. (2017). Prevalence of Depression in Breast Cancer Patients and its Association with their Quality of Life: A Cross-sectional Observational Study. *Indian journal of palliative care*, 23(3), 268–273.

Rawther H. et al. (2020). Specialist nurse-initiated interventions in breast cancer care: A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Clinical Nursing*, 29, 2161–2180.

Reece J.C., Chan Y.F., Herbert J., et al (2013). Course of depression, mental health service utilization and treatment preferences in women receiving chemotherapy for breast cancer. *General hospital psychiatry*, 35(4), 376-381.

Rim C.H., Ahn S-J, Kim J.H., et al. (2019). Questionnaire study of the dietary habits of breast cancer survivors and their relationship to quality of life (KROG 14-09). *Eur J Cancer Care*. 28, 2961.

Ristevska-Dimitrovska G., Stefanovski P., Smichkoska S. et al (2015). Depression and Resilience in Breast Cancer Patients. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 3(4), 661–665.

Robbins M. L., Mehl M. R., Smith H. L, et al (2012). Linguistic indicators of patient, couple, and family adjustment following breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22(7), 1501–1508.

Romieu I. I., Amadou A., Chajes V. (2017). The Role of Diet, Physical Activity, Body Fatness, and Breastfeeding in Breast Cancer in Young Women: Epidemiological Evidence. *Revista de investigacion clinica; organo del Hospital de Enfermedades de la Nutricion*, 69(4), 193–203.

- Rosenberg S.M, Dominici L.S, Gelber S, et al. (2020). Association of Breast Cancer Surgery with Quality of Life and Psychosocial Well-being in Young Breast Cancer Survivors. *JAMA Surg.* 155(11), 1035–1042.
- Rubacha M. (2016). Breast. Tubbs S.R., Shoja M.M., Loukas M. Bergman's Comprehensive Encyclopaedia of Human Anatomic Variation. John Wiley and Sons, Hoboken, 1390-1397.
- Runge MS. Greganti MA (2016). Netter's, Internal Medicine. Broken Hill Publishers LTD, Nicosia.
- Ryan J. C., Cleland C. M., Fu M. R. (2012). Predictors of practice patterns for lymphedema care among oncology advanced practice nurses. *Journal of the advanced practitioner in oncology*, 3(5), 307–318.
- Sbitany H. (2018). Breast Reconstruction. *Surgical Clinics of North America*, 98(4), 845–857.
- Schmidt M. E., Wiskemann J., & Steindorf K. (2018). Quality of life, problems, and needs of disease-free breast cancer survivors 5 years after diagnosis. *Quality of Life Research*, 27(8), 2077–2086.
- Serletti J. M., Fosnot J., Nelson J. A., et al (2011). Breast Reconstruction after Breast Cancer. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 127(6), 124e–135e.
- Shaitelman S. F., Cromwell K. D., Rasmussen J. C., et al. (2015). Recent progress in the treatment and prevention of cancer-related lymphedema. *CA: a cancer journal for clinicians*, 65(1), 55–81.
- Shahsavari H., Matory P., Zare Z., et al (2015). Effect of self-care education on the quality of life in patients with breast cancer. *Journal of education and health promotion*, 4, 70.
- Shapiro C.L. (2020). Osteoporosis: A Long-Term and Late-Effect of Breast Cancer Treatments. *Cancers*, 12(11), 3094.
- Sharma G. N., Dave R., Sanadya J., et al (2010). Various types and management of breast cancer: an overview. *Journal of advanced pharmaceutical technology & research*, 1(2), 109–126.
- Shields L., Werder H. (2016). Περιεγχειρητική Νοσηλευτική. Broken Hill Publishers LTD, Nicosia.

Shien T., Iwata H. (2020). Adjuvant and neoadjuvant therapy for breast cancer. *Japanese journal of clinical oncology*, 50(3), 225–229.

Słowik A.J., Jabłoński M.J., Michałowska-Kaczmarczyk A.M., et al (2017). Evaluation of quality of life in women with breast cancer, with particular emphasis on sexual satisfaction, future perspectives and body image, depending on the method of surgery. *Psychiatr Pol*, 51(5), 871-88.

Souhami R., Tobias J. (2005). *Cancer and it's management*. Blackwell Publishing Ltd, Oxford.

Suo R., Zhang L., Tao H., et al., (2021). The effects of dyadic coping and marital satisfaction on posttraumatic growth among breast cancer couples. *Supportive Care in Cancer*, pp.1-9.

Spark L.C., Reeves M.M., Fjeldsoe B.S. et al (2013). Physical activity and/or dietary interventions in breast cancer survivors: a systematic review of the maintenance of outcomes. *Journal of Cancer Survivorship*, 7(1), 74-82.

Strollo S.E., Fallon E.A., Gapstur S.M., et al. (2020). Cancer-related problems, sleep quality, and sleep disturbance among long-term cancer survivors at 9-years post diagnosis. *Sleep Medicine*. 65, 177–185.

Stubblefield M. D., Keole N. (2014). Upper Body Pain and Functional Disorders in Patients with Breast Cancer. *PM&R*, 6(2), 170–183.

Sun Y.S., Zhao Z., Yang Z.N. (2017). Risk Factors and Preventions of Breast Cancer. *International journal of biological sciences*. 13(11), 1387–1397.

Suskin, J., Shapiro, C. L. (2018). Osteoporosis and musculoskeletal complications related to therapy of breast cancer. *Gland surgery*, 7(4), 411–423.

Szabo R.A., Marino J.L., Hickey M., (2019). Managing menopausal symptoms after cancer. *Climacteric*, 22(6), 572-578.

Taghian NR. Miller CL. Jammallo LS., et al (2014). Lymphedema following breast cancer treatment and impact on quality of life: a review. *Critical reviews in oncology/hematology*. 92(3), 227–234.

Tamminga S.J., De Boer A.G., Verbeek J.H. et al, (2012). Breast cancer survivors' views of factors that influence the return-to-work process-a qualitative study. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 38(2), 144-154.

- Tao Z., Shi A., Lu C., et al (2015). Breast Cancer: Epidemiology and Etiology. *Cell Biochem Biophys*, 72(2), 333-338.
- Telli S., & Gürkan A. (2019). Examination of Sexual Quality of Life and Dyadic Adjustment among Women with Mastectomy. *European journal of breast health*, 16(1), 48–54.
- The American Cancer Society. Hormone therapy for breast cancer. https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment/hormone-therapy-for-breast-cancer.html#written_by. Τελευταία προσπέλαση Σεπτέμβριος 18, 2019.
- Theofilou P. (2012). Quality of life outcomes in patients with breast cancer. *Oncology reviews*, 6(1).
- Tiedtke C., Donceel P., de Rijk A., et al, (2013). Return to Work Following Breast Cancer Treatment: The Employers' Side. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24, 399–409.
- Trémollières, F. A. (2014). Screening for osteoporosis after breast cancer: For whom, why and when. *Maturitas*, 79(3), 343–348.
- Trusson D., Pilnick A. (2017). The Role of Hair Loss in Cancer Identity. *Cancer Nursing*, 40(2), E9–E16.
- Türk K. E., & Yılmaz M. (2018). The Effect on Quality of Life and Body Image of Mastectomy Among Breast Cancer Survivors. *European journal of breast health*, 14(4), 205–210.
- Usta O.Y. & Gokcol D., (2017). Sexual dysfunction in women with breast cancer receiving chemotherapy. *International Journal of Caring Sciences*, 10(3), 1439-1446.
- Van den Hurk C. J. G., Mols F., Vingerhoets A. J. J. M., et al (2009). Impact of alopecia and scalp cooling on the well-being of breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 19(7), 701–709.
- Vidya R., Iqbal F.M. (2017). Breast anatomy: Time to classify the subpectoral and prepectoral spaces. *Clin. Anat.*, 30, 434-435.
- Vignes S. Fau-Prudhomot P. Simon L. et al (2019). Impact of breast cancer-related lymphedema on working women. *Supportive Care in Cancer*, 28, 79–85.
- Villar R.R., Fernández S.P., Garea C.C., et al. (2017). Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25.
- Waks A. G., Winer E. P. (2019). Breast Cancer Treatment: A Review. *JAMA*, 321(3), 288–300.

- Wang, L. (2017). Early Diagnosis of Breast Cancer. *Sensors*, 17(7), 1572
- Wagner E.H., Ludman E.J., Aiello Bowles E.J., et al (2014). Nurse navigators in early cancer care: a randomized, controlled trial. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 32(1), 12–18.
- Weaver C. (2009). Caring for a patient after mastectomy. *Nursing*, 39(5), 44–48.
- WHOQoL Group (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of life Research*, 2, 153-159.
- Widmaier EP, Raff H, Strang KT. (2016). *Vander's Human Physiology: The Mechanisms of Body Function*. Broken Hill Publishers LTD, Nicosia.
- Wöckel A., Albert U. S., Janni W., et al (2018). The Screening, Diagnosis, Treatment, and Follow-Up of Breast Cancer. *Deutsches Arzteblatt international*, 115(18), 316–323.
- Wu Q., Kue J., Zhu X., et al (2020). Effects of nurse-led support via WeChat, a smartphone application, for breast cancer patients after surgery: a quasi-experimental study. *Telemedicine and e-Health*, 26(2), 226-234.
- Yamani Ardakani B., Tirgari B. Roudi Rashtabadi O., (2020). Body image and its relationship with coping strategies: The views of Iranian breast cancer women following surgery. *European journal of cancer care*, 29(1), e13191.
- Yfantis A., Sarafis P., Moisoglou I. et al. (2020). How breast cancer treatments affect the quality of life of women with non-metastatic breast cancer one year after surgical treatment: a cross-sectional study in Greece. *BMC Surg* 20, 210.
- Zdenkowski N., Tesson S., Lombard J., et al. (2016), Supportive care of women with breast cancer: key concerns and practical solutions. *Medical Journal of Australia*, 205: 471-475.
- Zhang L., Fan A., Yan J., et al (2016). Combining Manual Lymph Drainage with Physical Exercise after Modified Radical Mastectomy Effectively Prevents Upper Limb Lymphedema. *Lymphatic Research and Biology*, 14(2), 104–108.
- Zhou K., Wang W., Li M., et al (2020). Body image mediates the relationship between post-surgery needs and health-related quality of life among women with breast cancer: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18, 1-11.

Παυλάτου Ν., Σαράφης Π., Κούτζογλου Μ. (2015) Κλινική Εξέταση Ασθενούς. Βιβιλάκη Β., Γιαννακοπούλου Μ., Γκοβίνα Ο., Ζωγραφάκης-Σφακιανάκης Μ., Θεοδοσοπούλου Ε., Καλοκαιρινού-Αναγαστωπούλου Α., Καμπά Ε., Κανελλόπουλος Α., Καυγά Α., Καυκιά Θ., Κοντέος Γ., Κουρκούτα Λ., Κριτσωτάκης Γ., Κωνσταντινίδης Θ., Λαβδανίτη Μ., Λαχανά Ε., Μαντζούκας Σ., Μάργαρη Ν., Μηνασίδου Ε., Μπακάλης Ν., Μπαμίδης Π., Μπελλαλή Θ., Νταφογιάννη Χ., Παπασταύρου Ε., Σαράφης Π., Σιαμάγκα Ε., Τσέλικα Α., Χαραλάμπους Α., Σαράφης Π., Κωνσταντινίδης Θ., Εισαγωγή στην Νοσηλευτική Επιστήμη και την Φροντίδα Υγείας. Broken Hill Publishers LTD, Νικοσία. 279-321

Φουντούκη Α, Θεοφανίδης Δ. (2012) Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή. Το Βήμα του Ασκληπιού, 11, 506-507